**入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書**

入院先医療機関名：島根県立中央病院

　薬剤局　入退院サポートセンター薬剤師　宛

[TEL：0853-22-5111](TEL:0853-22-5111)　FAX：0853-30-6634

　　　　　　　　年　　　月　　　日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話

FAX

保険薬剤師名

|  |
| --- |
| 1. **患者さん** |
| フリガナ：  患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　ID： |
| 生年月日：　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　性別： 男 ・ 女 |

**月　　日　　より入院予定の下記の患者について情報提供いたします**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **受診中の医療機関、診療所等に関する情報** | | |
| 保険医療機関名 | 診療科 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **現在服用中の薬剤** | |
|  | |
| * **処方内容（用法用量）が分かるもの（処方箋、お薬手帳、お薬説明書のコピー等）を添付してください。** | |
|  |  |
| 島根県立中央病院以外の保険医療機関からの指示による中止薬 |  |
| 自己調節している薬 |  |
| 調剤上の工夫（一包化、粉砕等） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **④ 患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）** | |
| 服薬管理者  ※家族、介助者の場合は具体的な管理者も記載 | □本人  □家族（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □介助者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服薬状況に関する  留意点 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **薬剤による副作用・アレルギー歴** | |
| 被偽薬 | 症状等 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **⑥併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報** |
|  |

|  |
| --- |
| **⑦ その他** |
|  |