**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：岩手県立胆沢病院　地域連携室　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 報告年月日 | 年　　 月　　 日 |
| 保険薬局名称 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| 保険薬剤師氏名 |  |

・FAX：0197-24-8194

　　　月　　　日より入院予定の下記患者について、情報提供いたします（本紙含め　 枚）。

・患者ID ： 　ー　　　　ー

・患者氏名：

**１．患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）**

・服薬管理者：[ ]  本人　[ ]  家族（　　　　　　） [ ]  その他（　　 ）

・服用に要する技術工夫等の調剤情報：[ ]  一包化　[ ]  粉砕　[ ]  その他（　　　 　　　　）

・服薬状況に関する留意点：

**２．副作用・アレルギー等歴：**[ ]  **なし**[ ]  **あり**

|  |  |
| --- | --- |
| 被疑薬等 | 症状等 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**３．医師の指示による入院前中止薬**

・説明対象：[ ]  本人　　□ 家族　　□ その他（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品名 | 中止日 | 服薬支援等対応 |
|  | 月　 日 | [ ]  抜き取り　[ ]  別薬袋　[ ]  説明 |
|  | 月 　　日 | [ ]  抜き取り　[ ]  別薬袋　[ ]  説明 |
|  |  月 　　日 | [ ]  抜き取り　[ ]  別薬袋　[ ]  説明 |

※「指示箋」には術前中止薬が記載されておりますが当院ホームページにも術前休止薬と休止期間を掲載して

　　　 おりますので、ご確認ください。

なお、服薬状況を確認後、術前休止薬にもかかわらず入院までの期間で中止指示がされていない薬や常用

しているOTC・サプリメント等がありましたら当院へお問い合わせください。

**４．その他（OTC、サプリメント等健康食品の併用情報や特記事項 等）**

|  |
| --- |
|     |

**５．受診中の医療機関、診療所等に関する情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 保険医療機関名 | 診療科 | 備考 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |

**６．現在服用・使用中の薬（お薬手帳又は薬剤情報提供書の写し添付可）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ５の番号 | 医薬品名（ﾒｰｶｰ名含む） | 用法・用量 | 入院時持参予定数（日分） | 備考 |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |