（別添様式１－２）

 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

入院先保険医療機関名：○○病院

 　　　　担当者：薬剤部　○○　○○　殿

 令和　　年　　月　　日

 　　　　　　　　　　　　　　情報提供元保険薬局の所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ）

 保険薬剤師氏名 印

◎月▲日より入院予定の△△△△様の服用薬について、ご報告いたします。

|  |
| --- |
| 患者氏名性別（男・女） 生年月日　　　年　　月　　日生（　　歳）電話番号住所最終調剤日：○○年○○月○○日 |

|  |
| --- |
| 特記事項：◎年◎月◎日より、抗凝固薬の服用を中止しています。 |

以下のとおり、情報提供いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　受診中の医療機関、診療科等に関する情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 保険医療機関名 | 診療科 | 備考 |
| １ | ○○病院 |  |  |
| ２ | △△クリニック |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |

 |
| ２　現在服用中の薬剤の一覧※用法・用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 「１」の処方医療機関の番号 | 医薬品名 | 用法・用量 | 服用開始時期 | 処方状態（粉砕、一包化等） | 入院時持参予定数（日分） | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の指示による入院前中止薬 |  |
| 自己調節している薬 |  |

３　患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）

|  |  |
| --- | --- |
| 服薬管理者（当てはまるものに☑） | □本人□家族□介助者□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服薬状況に関する留意点 |  |
| 退院時の処方の際にお願いしたいこと |  |

 |
| ４　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 |
| ５　その他 |

［記載上の注意］

１　保険医療機関への情報提供にあたっては、「１」、「２」及び「３」を記載した上で、必要に応じて「４」又は「５」により、患者の処方状況を報告すること。

２　服薬管理を行っている者について、あてはまる項目に☑を付けること

３　必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること。

４　必要に応じて、続紙に記載して添付すること。

５　必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること。