（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。