**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：済生会　山形済生病院

担当者：薬剤部　入退院支援担当者　宛

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

〇月〇日より入院予定の下記患者について、情報提供致します

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　性別（　男性　・　女性　）　　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： |

１　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 | 処方箋応需の保険薬局名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

２　現在服用中の薬剤

　　※術前中止中の薬など一時的に中止している薬剤も記入して下さい。

※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(手帳等の写真も可)。

　　※山形済生病院処方の薬については省略可。その際は下の□にチェックして下さい。

**□　山形済生病院処方の薬剤については省略します**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 「１」の処方医療機関の番号 | 医薬品名※後発品はメーカー名も記載 | 用法・用量 | 備考※自己調節で服用等の情報を記載 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

３　2に記載した薬剤における入院前中止薬について

|  |  |
| --- | --- |
| 入院前中止薬の有無 | □あり　　　　　　　　　　　　　　　　□なし |
| 入院前中止薬ありの場合入院前中止薬の患者への確認連絡 | □連絡済　(連絡日：　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日　)□中止確認済□連絡未 |

４　患者の服薬状況（患者のアドヒアランス及び残薬等）

|  |  |
| --- | --- |
| 服薬状況に関する留意点 |  |
| 患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報 |  |

4　併用薬剤等（要指導・一般医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報

|  |
| --- |
|  |

5　その他

|  |
| --- |
|  |

―――――――――――――――――済生病院薬剤部記載欄―――――――――――――――――

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 情報提供書応需者 | 医薬品調査 | ファイルへ保管 |
| 初回入力者 | 監査者 |
|  |  |  |  |