**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 |
|  |  |  |  |