# 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

**福岡大学病院薬剤部**

**入退院支援センター担当薬剤師　宛**

[**TEL:092-801-1011（内線 2247/PHS**](TEL:092-801-1011（内線%202247/PHS) **8440）**

**FAX：092-862-8800**

**年 月 日**

**保険薬局の名称**

**電 話**

**薬剤師氏名**

　　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | | |
| 患者氏名 |  | | |
| 性別 | 男　・　女 | 生年月日 | 年　　月　日(　　歳) |
| 最終調剤日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 副作用/ｱﾚﾙｷﾞｰ歴 |  | | |

**1．受診中の医療機関、診療所などに関する情報**

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

**2．現在、使用中の薬（自局以外の薬もすべて含む）　※お薬手帳の写しや薬剤情報提供書を添付して下さい。**

**□　自局で調剤した薬：添付資料（　有　・　無　）**

**□　自局以外で調剤された薬の有無：　有　→　添付資料（　有　・　無　）**

**□　添付資料に記載がない薬（下記に記入）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品名 | 用法・用量（1日量・1回量を明記） | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3．医師の指示による入院前の中止薬　　（　有　・　無　）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品名 | 中止日 | 服薬支援等対応 |
|  | 月　　日 | □一包化からの抜き取り　□　別薬袋　□　説明 |
|  | 月　　日 | □一包化からの抜き取り　□　別薬袋　□　説明 |
|  | 月　　日 | □一包化からの抜き取り　□　別薬袋　□　説明 |
|  | 月　　日 | □一包化からの抜き取り　□　別薬袋　□　説明 |
|  | 月　　日 | □一包化からの抜き取り　□　別薬袋　□　説明 |

**4．入院時に持参する薬の整理**

□　整理 済み　（　　　　　日分　）

□　整理 なし

**5．自己調整している薬（お薬手帳や薬剤情報提供書と異なる場合に記載）　（　有　・　無　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品名 | 自己調整の内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**5．患者の服用状況（アドヒアランスおよび残薬等）**あてはまる項目に☑

|  |  |
| --- | --- |
| 調剤方法 | □　PTP　　 □　一包化　　□　粉砕　　 □　その他（　　　　　 　　　） |
| 服薬管理者 | □　本人　　□　家族　　 □　介助者 　□　その他（　　　　　　　　　） |
| コンプライアンス | □　良好　　□　不良（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 健康食品・ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄ | □　ない　　□　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |  |

**6．備考**

|  |
| --- |
|  |

QR コード

自動的に生成された説明

入院前の患者の服用状況等に係る

情報提供書