

# 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 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/アレルギー-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 | <input type="checkbox"/> 一包化からの抜き取り <input type="checkbox"/> 別薬袋 <input type="checkbox"/> 説明 |
|      | 月 日 | <input type="checkbox"/> 一包化からの抜き取り <input type="checkbox"/> 別薬袋 <input type="checkbox"/> 説明 |
|      | 月 日 | <input type="checkbox"/> 一包化からの抜き取り <input type="checkbox"/> 別薬袋 <input type="checkbox"/> 説明 |
|      | 月 日 | <input type="checkbox"/> 一包化からの抜き取り <input type="checkbox"/> 別薬袋 <input type="checkbox"/> 説明 |
|      | 月 日 | <input type="checkbox"/> 一包化からの抜き取り <input type="checkbox"/> 別薬袋 <input type="checkbox"/> 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              | <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |
| 服薬管理者             | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )  |
| コンプライアンス          | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( _____ )  |
| 健康食品・サプリメント       | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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

入院前の患者の服用状況等に係る  
 情報提供書

