

入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書（薬局→医療機関）

作成日	年	月	日
-----	---	---	---

薬局名	
〒	
住所	
TEL	
FAX	
薬剤師	



医療機関名: 脳神経センター大田記念病院
〒720-0825
住所: 福山市沖野上町3-6-28
TEL: 084-975-7790 (薬剤課直通 8:30~17:30)
TEL: 090-3633-2730 (薬剤課時間外 17:30~翌8:30)
FAX: 084-993-9117

患者情報	ID	患者氏名	様 (イニシャル表記)		
	性別	生年月日	年	月	日
	入院予定日		入院診療科		

1. 受診中の医療機関、診療科等に関する情報

別途添付

番号	保険医療機関名	備考(診療科・受診・通院目的等必要に応じて記載)
1		
2		
3		

2. 現在服用中の薬剤

別途添付(医薬品名等)

「1」の処方医療機関の番号	医薬品名	用法・用量	備考(調剤日、入院時持参予定数、医師の指示による入院前中止薬等必要に応じて記載)		
調剤方法 (処方状態)	<input type="checkbox"/> PTP	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁	<input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> その他:
自己調節している薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり:			
管理方法	<input type="checkbox"/> 薬袋	<input type="checkbox"/> カレンダー	<input type="checkbox"/> ピルケース	<input type="checkbox"/> その他:	
投与経路	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管(経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻)		<input type="checkbox"/> CVポート	<input type="checkbox"/> PICC
服用を開始して4週間以内の薬剤 (服用開始時期等の詳細を記載)	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり:		
投与方法に注意を要する薬剤 (連日服用しない薬剤の服用日/曜日/投与間隔 維持量まで増量が必要な薬剤(トネペジル、ラモトリギン等)のみきり中止予定の薬剤、等の詳細を記載)	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり:		

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	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 介助者あり	<input type="checkbox"/> その他:	
服薬状況に関する留意点	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 時々忘れる	<input type="checkbox"/> 忘れる	<input type="checkbox"/> 拒薬あり	<input type="checkbox"/> その他:
	患者の状態	<input type="checkbox"/> 麻痺あり	<input type="checkbox"/> 嚥下困難あり	<input type="checkbox"/> 視力障害あり	<input type="checkbox"/> 病識・薬識の理解不足
	その他				
退院時の処方の際 お願いしたいこと	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり:				

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

要指導・一般用医薬品、医薬部外品	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり:
健康食品	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり:

5. その他

退院時 多職種カンファレンス参加希望	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(来院・WEB) ※カンファレンス実施時にご連絡致します。
特記事項	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり:	