

# 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：盛岡赤十字病院 担当科外来（ \_\_\_\_\_ 科）宛

FAX（地域連携室）：019-637-3313

年 月 日

情報提供元保険薬局の：  
所在地及び名称  
電 話                   ：  
F A X                    ：  
保険薬剤師氏名        ：

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。

患者氏名：	
性 別：	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：	※薬剤による副作用・アレルギー等あればご記載ください

## 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	備考

## 2. 現在服用中の薬剤 ※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

「1」の 処方医 療機関 の番号	医薬品名 ※後発品の場合はメーカー 名も記載	用法・用量	服用開始 時期	処方状態 (一包化・ 粉碎等)	入院時持参 予定数量 (日数又は 錠数等)	備考 ※自己調節 で服用等の 情報を記載

手術前休薬について、以下の通り対応しました。

医薬品名：	服薬支援等対応：	<input type="checkbox"/> 別薬袋	<input type="checkbox"/> 抜き取り	<input type="checkbox"/> 特になし
医薬品名：	服薬支援等対応：	<input type="checkbox"/> 別薬袋	<input type="checkbox"/> 抜き取り	<input type="checkbox"/> 特になし
医薬品名：	服薬支援等対応：	<input type="checkbox"/> 別薬袋	<input type="checkbox"/> 抜き取り	<input type="checkbox"/> 特になし

『入院前服薬確認依頼書』に係る情報提供は、以上となります。

※【服薬情報等提供料 3】を算定する場合は、以下の記載欄をご活用ください。未記載の場合も、FAX は最終頁まで送信をお願いいたします。

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 ※家族、介助者の場合は具体的な管理者も記載すること	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（） <input type="checkbox"/> 介助者（） <input type="checkbox"/> その他（）
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	
退院時の処方の際にお願いしたいこと	

4. 併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、サプリメント等健康食品を含む）の情報

--

5. その他

--

≪記載上の注意≫

- ・受診中の医療機関・診療科等の情報については、必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること。
- ・必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しを添付すること。