

↑↑FAX:吉野川医療センター薬剤部(0883-26-2312)

薬局報告日 年 月 日
 病院作成日 年 月 日

入院時服薬情報提供書

吉野川医療センター
 _____ 先生 侍史

保険薬局名	
薬剤師氏名	
薬局住所	
薬局電話	
薬局FAX	

FAX: 0883-26-2312

使用中医薬品等に関する情報をお知らせいたします。尚、当薬局以外の薬局より処方された医薬品、その他医薬品等につきましてはお薬手帳の確認、本人もしくはご家族より可能な限り確認し、記載いたします。

病院記入

患者ID 氏名 診療科 主治医	生年月日			年	月	日
	性別			男	・	女
様	入院予定日			年	月	日
	手術・検査予定日			年	月	日
休薬指示 □ なし □ あり ※詳細右	薬剤名		休薬期間		備考	
	薬剤名		休薬期間		備考	
	薬剤名		休薬期間		備考	
	薬剤名		休薬期間		備考	
	薬剤名		休薬期間		備考	
備考						お薬手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

薬に関する情報収集・ご提供をお願いいたします。

- 薬局記入欄、服薬中の薬剤情報にご記入ください。
- お手持ちのお薬から指定日数分の入院時持参薬セットの作成にご協力をお願いいたします。
- 不足分について、備考欄に記載をお願いいたします。

入院時持参薬セット作成協力をお願い



- ① 薬局窓口①で入院時服薬情報提供書を作成し、患者さんに提供する。
- ② 患者さんは入院予定日までにかかりつけ薬局に 入院時服薬情報提供書、常用薬、お薬手帳を持参する。
- ③ かかりつけ薬局は、入院時持参薬セット(●日分)を作成し患者に提供する。また、入院時服薬情報提供書に必要事項を記入し吉野川医療センター薬剤部にFaxする。
- ④ 患者さんは、入院時持参薬セット(必要に応じ残りの薬)、お薬手帳を持参する。

薬局記入

同意の有無	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 同意は得ていないが治療上重要なため報告する				
服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明				
お薬手帳	<input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 一冊のみ <input type="checkbox"/> 複数あり(冊)】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
薬効についての理解度	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 理解なし <input type="checkbox"/> 不明				
服用時間についての理解度	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 理解なし <input type="checkbox"/> 不明				
服用方法についての理解度	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 理解なし <input type="checkbox"/> 不明				
服薬時の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不明				
	よくある	時々ある	ほとんどない	不明	
	飲み忘れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自己判断調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自己判断中止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
投薬方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化(<input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 粉碎・脱カプセル <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> その他()				
アレルギー歴 ※薬剤名・症状記載	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> り() <input type="checkbox"/> 不明				
副作用歴 ※薬剤名・症状記載	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> り() <input type="checkbox"/> 不明				
サプリメント・健康食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記記載) <input type="checkbox"/> 不明				
一般用医薬品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記記載) <input type="checkbox"/> 不明				
手術・検査の認識(本人)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明				
上記に伴う中止・休止薬の認識(本人)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 不明				
その他の特記事項 (残薬・服薬状況等)					

