**水島協同病院　薬剤部　宛て**

報告日：     年     月     日

**【入院時薬剤情報提供書】**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名：     当院患者ID ：     生年月日 ：     年     月     日 | 貴施設名・所在地     TEL：      /FAX：     メールアドレス：     担当薬剤師 ：      |
| この情報を伝える上で、患者からの同意を [ ] 得た（代諾者続柄：     　　）[ ] 得ていないが、治療上重要と考えられるため、報告する |

●対応内容（薬局での対応内容に印を付けてください）

[ ] 　1.入院時薬剤情報提供書による情報提供

[ ] 　2.持参薬の整理

[ ] 　3.持参薬の日数整理（指定の日数に揃えてご用意ください。ただし、不足分を新たに処方していただく必要はありません）

●退院前カンファレンスが開催される場合、当院からの連絡を希望される場合は以下に印をつけてください。

[ ] 　連絡を希望する

|  |
| --- |
| 特記事項：例）　◎年◎月◎日より、抗凝固薬の服用を中止しています。 |

以下のとおり、情報提供いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 保険医療機関名 | 診療科 | 備考 |
| １ | ○○病院 |       |       |
| ２ | ▲▲クリニック |       |       |
| ３ |       |       |       |
| ４ |       |       |       |
| ５ |       |       |       |

**１　　受診中の医療機関、診療科等に関する情報** |
| **２　　現在服用中の薬剤の一覧（記載欄が不足する場合はコピーしてご使用ください。）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 「１」の処方医療機関の番号 | 医薬品名 | 用法・用量 | 服用開始時期 | 処方状態（粉砕、一包化等） | 入院時持参予定数（日分） | 備考 |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |

　　　　※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 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の指示による入院前中止薬 |       |
| 自己調節している薬 |       |

 |
| **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 | [ ] 本人　　　[ ] 家族　　　[ ] 介助者　　[ ] その他（     　　　　　　） |
| 服薬状況（アドヒアランス） | アドヒアランス　　[ ] 良好　[ ] 一部不良（     　　　）[ ] 不良　[ ] 不明【アドヒアランスに影響する要因】自己管理能力の低下[ ] あり　　　[ ] 一部あり（     　　　　）[ ] なし　　　[ ] 不明薬の必要性の理解不足[ ] あり　　　[ ] 一部あり（     　　　　）[ ] なし　　　[ ] 不明身体機能の問題[ ] あり　　　[ ] 一部あり（     　　　　）[ ] なし　　　[ ] 不明生活リズムの問題[ ] あり　　　[ ] 一部あり（     　　　　）[ ] なし　　　[ ] 不明治療薬に対する不安[ ] あり　　　[ ] 一部あり（     　　　　）[ ] なし　　　[ ] 不明その他　[     　]患者本人の減薬希望 [ ] あり　　　[ ] なし　　　[ ] 不明 |
| 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、いわゆる健康食品を含む）の情報**     　 |
| **５　　薬剤アレルギー・副作用歴**     　 |
| **６　　備考**     　 |

**【記載上の注意】**

1. 保険医療機関への情報提供にあたっては、特記事項並びに「１」、「２」及び「３」を記載した上で、必要に応じて

「４」「５」又は「６」を記載してください。

1. 必要に応じて、備考欄に受診 ・ 通院目的を記載してください。
2. 必要に応じて、続紙に記載して添付してください。
3. 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付してください。