**入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書**

佐賀県医療センター好生館　薬剤部

□入退院支援センター担当者宛　□担当者：（　　　　）宛

FAX：0952-20-0596（入退院支援センター）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 月 日

 保険薬局名称:

　　　　　　　　　　　　電話:

　　　　　 FAX:

　　　　　　　　　　　　　　　薬剤師氏名:

入院予定の下記患者について、情報提供致します

患者氏名 ：

性別（ 男性 ・ 女性 ）　生年月日：西暦　　　 年　　 月 　　日生（ 　　歳）

**1. 現在服用中の薬剤（処方医療機関、診療所）に関する情報**

□お薬手帳やレセプトの写しなど服薬中の薬剤が分かる情報を別紙として添付

□2ページ目に記載

**2. 薬剤に関する患者情報**

服薬管理者　　　　　 ： □本人　 □ 家族 　 □介助者：　　　 □その他：

患者のアドヒアランス ： □良好　 □やや不良　□不良 ：

現在の薬剤治療の状態 ： □良好　　　□問題あり ：

薬に関する患者の希望　 ： □ なし　　 □あり（一包化、粉砕、薬を減らしたい）：

薬の副作用・アレルギー歴：□ なし 　□あり（被疑薬、症状、時期など）：

一般医薬品、医薬部外品、健康食品などの使用： □ なし □あり：

**3. 病院への連絡事項**

□特になし

□あり

□薬袋整理済み

□残薬確認済み【残薬：□多数あり、□ぼぼなし】、

□患者に関する情報共有事項：

　　□その他：

【2ページ目】

＊お薬手帳やレセプトの写し等服薬中の薬剤が分かる情報を別紙として添付する場合は記載不要

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（診療科） | 備考 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

1. 現在服用中の薬剤

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関番号 | 処方日 | 医薬品名規格（メーカー名） | 用法用量 | 処方日数 | 備考（自己調節、粉砕・一包化など） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |