

入院前服薬情報提供書

医療機関名

病院薬剤師名

先生

薬 局 名

薬 剤 師 名

住 所

電 話 番 号

ご依頼いただいた入院前の服薬確認に関しまして報告させていただきます。

(本紙を含んで 枚)

1 患者情報

患 者 氏 名

性 別 (男 ・ 女)

生 年 月 日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)

依頼を受けた日 令和2年 月 日

2 依頼された事項について

次のチェック項目のとおりです。なお、関係書類については別添1～5のとおりです。

- 全服用使用薬の確認・報告について……………【別添1】
- 入院前に服用使用が必要ないと思われる薬剤の確認・報告について……………【別添2】
- 手術のために休薬が必要な薬剤の休薬指導について……………【別添3】
- 休薬が必要な薬剤を取り除く外来服薬支援調剤についての報告……………【別添4】
- その他……………【別添5】

3 依頼された事項以外について【別添6】

次のチェック項目のとおりです。なお、関係書類については別添6のとおりです。

- なし
- 処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）に関する情報
- 併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の有無
無し・ 有り（薬剤名等：)
- 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）に関する情報
- 症状等に関する家族、介護者等からの情報
- 薬剤師からみた本情報提供の必要性
- その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）

【別添6】