**入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書**

十和田市立中央病院　地域医療連携部　宛

FAX（地域医療連携部）：0176-21-1234

|  |  |
| --- | --- |
| 20　　　年　　月　　日 | |
| 情報提供元保険薬局の：所在地及び名称 |  |
| 電　　話　　　　　　： |  |
| ＦＡＸ　　　　　　： |  |
| 保険薬剤師氏名　　　： |  |

**月　　　日より入院予定の下記患者様について、情報提供いたします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者氏名：** |  | | |
| **性別：** |  | **生年月日：** | 年　　　月　　　日生　（　　 歳） |
| **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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **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してください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **｢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** | **一包化・粉砕等** | **持参予定数量※1**  **定期内服は日数**  **頓服は錠数** | **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：** | □ 別薬袋 | □ 抜き取り | □ 特になし |
| **医薬品名：** |  | **服薬支援等対応：** | □ 別薬袋 | □ 抜き取り | □ 特になし |
| **医薬品名：** |  | **服薬支援等対応：** | □ 別薬袋 | □ 抜き取り | □ 特になし |
| **医薬品名：** |  | **服薬支援等対応：** | □ 別薬袋 | □ 抜き取り | □ 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。**

【記載上の注意】「現在服用中の薬剤」持参予定数量※1の項

持参予定数量は、予定入院日数+２日分で作成してください。処方日数が足りない場合は、準備できる日数で構いません。

**【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。**

1. **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 | □ 本人  □ 家族（　　　　）  □ 介助者（　　　　）  □ 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 |  |

**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**

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2024年7月作成

Ver1.0