

(別紙様式 1-2)

入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

公立昭和病院

薬剤部 患者サポートセンター担当者 様

保険調剤薬局→公立昭和病院

042-466-9490 まで FAX してください

年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地：

保険薬局の名称：

電話：

FAX：

保険薬剤師名：

年 月 日から入院予定の
服・外用等）についてご報告いたします。

様の現在の使用薬（内

患者氏名：

性別（男・女） 生年月日： 年 月 日（ 歳）

電話番号：

住所：

最終調剤日： 年 月 日

特記事項：

以下のとおり、情報提供いたします。

1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	処方を調剤した保険薬局名
1			
2			
3			
4			
5			
6			

2 現在服用中の薬剤一覧

※お薬手帳等の写しを添付してください

上記1の 処方医療 機関番号	医薬品名	用法・用量	服用開始時 期	処方状態 (粉碎・ 一包化)	入院時持参 予定数 (日分)
※例 1	①アセトアミノフェン	1回1錠, 1日3回朝昼夕 食後	R4/6/13	一包化	3日分

●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 (該当者にチェック)	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 介助者 ☐ その他 ()
服薬状況に関する留意点	
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、健康食品等を含む）の情報

5 その他
