入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

保険医療機関名：総合花巻病院　入退院支援センター 御中

担当者：　　　　　　　　　　　殿

令和 　　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 印

令和　　　年　　　月 日より入院予定の 様の服用薬について、

ご報告いたします。

患者ID：

患者氏名 ：

性別（男・女） 生年月日 年 月 日生（ 歳）

再調剤日：令和 　年 　月 　日

特記事項：

以下のとおり、情報提供いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の指示による入院前中止薬 |  |
| 自己調節している薬 |  |
| 服薬管理者  （当てはまるものに☑） | 本人 家族 介助者 その他（ ） |
| 服薬状況に関する留意点 |  |
| 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 |  |
| その他 |  |

|  |
| --- |
| 現在の使用薬剤 |

［記載上の注意］

必要に応じて薬情等を添付すること