

# 入院前 服薬状況等にかかる情報提供書

報告日： 年 月 日

広島赤十字・原爆病院 ID： 生年月日： 年 月 日 患者氏名：	保険薬局（名称） 住所： 電話番号： ハイフンなし FAX番号：
入院予定日 年 月 日 入院期間の目安 日間 入院目的：手術 内視鏡 ｶｰﾃﾙ(造影) その他	担当薬剤師： 様

本情報を伝えることについて、患者もしくは家族等の同意の有無  
 同意を得た（本人 家族等（ ））  同意を得ていない

入院前中止薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 中止薬はその他の薬剤とは別の薬袋またはチャック袋に分けてください （一包化されている場合は入院期間を目安に別包にしてください）	中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止)
---	--

入院前開始薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	開始薬： ( 月 日より開始) 開始薬： ( 月 日より開始) 開始薬： ( 月 日より開始)
---	---

薬剤アレルギー歴  なし  不明  あり（薬剤名、症状記載してください）

副作用歴  なし  不明  あり（薬剤名、症状記載してください）

管理方法  自己  家族等  訪問薬剤師  訪問看護師  その他の工夫（以下に詳細記載）  
 カレンダー  一包化  PTPシート ※訪問にて管理している場合は頻度を教えてください

服薬状況  良好  不良（一部・全体・日による・その他）  
 患者自身が主たる疾患の治療目的と使用する薬剤・注意点について理解している  
 上記の理解は十分でないが指導と家族等のサポートにより対応可能  
 サポートが不十分なため対応に注意が必要（備考に詳細記載）

服薬評価  剤型に関係なく飲み込める  補助ゼリーを使用している  大きい薬剤は困難  
 経管投与（経鼻、胃瘻、その他）→  簡易懸濁法  粉碎調剤  その他

OTC・サプリメント  なし  あり（以下に詳細記載）

お薬手帳  あり  なし  
 電子お薬手帳→読み取り不可の場合もあるため印刷して持参するようお伝えください

【お願い】入院に当たり、患者手持ち薬剤の整理をお願いいたします。

# 入院前 服薬状況等にかかる情報提供書

報告日: 年 月 日

枚数: 枚目 / 全 枚

)

※他薬局調剤分を含めて使用中のすべての最新情報を記載してください。

※用量: 定期服用薬は1日量表記、頓服薬は1回量で記載してください。

※欄不足の場合はコピーにて追加してください→追加した場合(患者氏名:

※お薬手帳や貴局書式の送付も可。

	処方医療機関	医薬品名	用量	用法	調剤形態 (○をつけてください)	入院時残日数
1					PTP・一包化・外用・他	
2					PTP・一包化・外用・他	
3					PTP・一包化・外用・他	
4					PTP・一包化・外用・他	
5					PTP・一包化・外用・他	
6					PTP・一包化・外用・他	
7					PTP・一包化・外用・他	
8					PTP・一包化・外用・他	
9					PTP・一包化・外用・他	
10					PTP・一包化・外用・他	
11					PTP・一包化・外用・他	
12					PTP・一包化・外用・他	
13					PTP・一包化・外用・他	
14					PTP・一包化・外用・他	
15					PTP・一包化・外用・他	
16					PTP・一包化・外用・他	
17					PTP・一包化・外用・他	
18					PTP・一包化・外用・他	
19					PTP・一包化・外用・他	
20					PTP・一包化・外用・他	
21					PTP・一包化・外用・他	
22					PTP・一包化・外用・他	
23					PTP・一包化・外用・他	
24					PTP・一包化・外用・他	
25					PTP・一包化・外用・他	
26					PTP・一包化・外用・他	

備考 (特記事項を記載してください)