



入院時服薬情報提供書

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日	郵便番号・住所
患者氏名 : _____	保険薬局名
患者ID : _____	担当薬剤師名
科名 : _____	
患者の同意 □ 同意を得た (□本人 □家族等 (_____)) □ 得ていない	※上記は薬剤管理サマリー送付に使用させていただくことがあります TEL メールアドレス

【患者基本情報】			保険薬局からの通信欄	
・健康補助食品などについて	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
市販薬 (OTC) (_____)				
健康食品・サプリメント (_____)				
・アレルギー歴について	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
薬剤名 (_____)				
造影剤 (_____)				
歯科治療の麻酔薬 (_____)				
アルコール綿 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
食品 (_____)				
・副作用歴について	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
薬剤名 (_____)				
・薬剤管理方法について				
薬剤・服薬を管理する者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
服薬方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
調剤方法 <input type="checkbox"/> シート <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁				
服薬状況 (アドヒアランス) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良				
現在服用中の薬剤一覧				
	薬品名	1日量	用法	処方元
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

※薬剤情報はお薬手帳のコピー等の貼付も可
記載内容が足りない場合は別紙へ



日本赤十字社医療センター
Japanese Red Cross Medical Center

2/2枚

入院時服薬情報提供書

生年月日：_____年____月____日 患者氏名：_____

現在服用中の薬剤一覧

	薬品名	1日量	用法	処方元
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

術前の休薬について

休薬の指示はありましたか？指示は理解されていましたか？

休薬の検討が必要な常用薬なし

指示があり、理解していた
薬剤名 _____

指示はあるが、理解していない
⇒薬局にて説明をお願いします

休薬の指示がない
薬剤名 _____

※上記を聴取した際は速やかに当センター薬剤部へご連絡ください

備考