

## 入院時服薬情報提供書

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日  患者氏名： _____  患者ID： _____  科名： _____  患者の同意 <input type="checkbox"/> 同意を得た（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族等（                      ）） <input type="checkbox"/> 得ていない	郵便番号・住所      保険薬局名  担当薬剤師名  <small>※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</small> TEL メールアドレス
--	--

【患者基本情報】				
・健康補助食品などについて <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		保険薬局からの通信欄		
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せんか？

☐ 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