年　　月

入院時服薬情報提供書

徳 島 市 民　　病院

先生　侍史

ＦＡＸ：

保険薬局名	
薬剤師氏名	
薬局住所	
薬局電話	
薬局ＦＡＸ	

使用中医薬品等に関する情報をお知らせいたします。　尚、当薬局以外の薬局より処方された医薬品、その他医薬品等につきましては本人もしくはご家族より確認できた範囲内で記載いたします。

患者ＩＤ
氏　名　　様　　生年月日（Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ）　年　月　日
診療科　　性　別　（男・女）
主治医　　入院予定日　西暦・令和　年　月　日

服薬管理者	□ 本人 □ 家族 □ その他（　）	□ 不明
お薬手帳	□ あり【□ 一冊のみ □ 複数あり（　冊）】 □ なし	□ 不明
薬効についての理解度	□ 良好 □ やや不足 □ 理解なし	□ 不明
服用時間についての理解度	□ 良好 □ やや不足 □ 理解なし	□ 不明
服用方法についての理解度	□ 良好 □ やや不足 □ 理解なし	□ 不明
服薬時の問題	□ なし □ 嚥下困難 □ 要介助	□ 不明

	よくある	時々ある	ほとんどない	不明
飲み忘れ	□	□	□	□
自己判断調整	□	□	□	□
自己判断中止	□	□	□	□

投薬方法	□ ＰＴＰ □ 一包化（□ 一部） □ 粉砕・脱カプセル □ 簡易懸濁法	□ その他（　）
アレルギー歴	□ なし □ あり（　）	□ 不明
副作用歴	□ なし □ あり（　）	□ 不明
サプリメント・健康食品	□ なし □ あり（下記記載）	□ 不明
一般用医薬品	□ なし □ あり（下記記載）	□ 不明
手術・検査の認識(本人)	□ なし □ あり（　）	□ 不明
上記に伴う中止･休止薬の認識(本人)	□ なし □ あり（　）	□ 不明

服用中の薬剤情報

1．処方元の医療機関

番号	保健医療機関名	診療科・処方医	情報源	備考
			□ 薬歴□ お薬手帳□ 問合せ□ その他	
			□ 薬歴□ お薬手帳□ 問合せ□ その他	
			□ 薬歴□ お薬手帳□ 問合せ□ その他	
			□ 薬歴□ お薬手帳□ 問合せ□ その他	
			□ 薬歴□ お薬手帳□ 問合せ□ その他	
			□ 薬歴□ お薬手帳□ 問合せ□ その他	

2．現在服用中の薬剤の一覧

「1」の医療機関の番号	医薬品名・規格	用法・用量	服用開始時期	備考	術前中止薬*
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□

「1」の医療機関の番号	医薬品名・規格	用法・用量	服用開始時期	備考	術前中止薬*
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□
					□

*術前中止薬は徳島市民病院術前中止薬リストに従う

一般用医薬品・サプリメント・健康食品等　品名・規格・メーカー名	1日量	用法･用量	日分	備考

その他の特記事項 （残薬・服薬状況等）	

※服薬状況等、記入欄が不足する場合は、適宜、別紙を追加し添付ください。