

<入院前服薬情報提供書>

作成日： 令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地および名称	
TEL	
FAX	
保険薬剤師名	

宛先：さいたま赤十字病院 薬剤部

TEL：048-852-1111（代）

➡ FAX：048-852-1157

問い合わせ先：薬薬連携係（内線3411）

下記患者さまの入院前服用状況等について、以下の通り情報提供致します。

入院予定日	
診察券番号	
氏名	
生年月日	（ 歳） <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

【特記事項（休薬等）】

年 月 日より、【 貴院 他の保険医療機関 】の指示にて

[] の服用を中止しています。

【1】患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 (該当欄に☑)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 介助者・その他 () <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理
服薬状況に関する 留意点 (一包化・粉碎等 含む)	

【2】一般用医薬品・健康食品等の情報

【3】 現在服用中の薬剤の一覧（用法・用量明記）

頓服薬・外用薬・自己注射薬等含む・特記事項（服用目的等）あれば備考欄へ記載

処方内容 ※手帳等の写しを添付（受診医療機関毎・後発品はメーカー名も記載）	備考欄

【4】 その他（アレルギー・副作用情報等）

【保険薬局の方へ】

* 提出期限について *

入院予定日5日前までに確認した情報を記載し、FAXにて提出をお願いします。