静岡医療センター　薬剤部　御中

入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

　（西暦）　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者ID  フリガナ  患者氏名 |  | | 大正　　　昭和　　　平成　　　令和  　　　　　　年　　　月　　　日　生  男　　　　　　　女 | | | |
| 現在服用中の処方薬・市販薬など（静岡医療センターの薬含む）　　処方病院医院名記載 | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 今回の入院のための薬の整理 | □実施　　　□未  （整理内容） | | | | | |
| 服薬管理 | 自己管理　　　　補助管理者あり  （例：視力低下、聴力低下、認知機能低下、嚥下困難、お薬カレンダー使用　ロボット支援　等） | | | | | |
| 病歴  分る範囲で記載 |  | | | | | |
| 調剤上注意すべき事項 | （一包化調剤、粉砕調剤　等） | | | | | |
| 服薬状況 | （問題となる事項を記載） | | | | | |
| 副作用  アレルギー歴 |  | | | | | |
| 退院時カンファレンスへの参加　　　　可　　　　　不可  条件付きで可（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| その他 | （指導歴等書ききれない場合は別紙（Ａ４）を添付する） | | | | | |
| 薬局名 |  | Tel | |  | 作成者 |  |
| Fax | |  |