

# 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

入院先医療機関名 : 社会医療法人宏潤会大同病院

担当者 : 薬剤部 入退院支援担当者 宛

報告年月日	20 年 月 日	保険薬剤師氏名	
情報提供元保険薬局の所在地及び名称			
電話番号		FAX	
ID-LINK の使用状況と 退院後の情報提供方法	<input type="checkbox"/> 使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない → ID-LINK の初期設定を依頼し、ID-LINK で情報を確認したい。	
		<input type="checkbox"/> 使用していない → FAX 等で情報を送ってほしい	

## 下記患者について、情報提供致します

PSC 予約日	20 年 月 日	入院予定日	20 年 月 日
ID-LINK 上での 患者登録	あり・なし	ID-LINK 同意取得	あり・なし

患者 ID (病院)		ID (保険薬局)	
患者氏名		性別	男性・女性
生年月日	年 月 日生 ( 歳)		
電話番号			
住所			
最終調剤日			

## 1. 受診中の医療機関、診療所等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	備考
1			
2			
3			
4			
5			

## 2. 現在服用中の薬剤 ※用法用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

[1]の処方 医療機関 の番号	医薬品名 ※後発品はメーカー名も記載	用法・用量	服用 開始時期	処方状態 ※一包化、簡易懸濁、 粉砕等	入院時 持参予定数量 ※錠、包、カプセル等	備考 ※自己調節で服用等 の情報を記載


大同病院以外で 保険医療機関から指示された 入院前中止薬	
------------------------------------	--

### 3. 患者の服薬状況（患者のアドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 ※家族、介助者の場合は具体的な 管理者（妻、ヘルパー など）も記載すること	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 介助者( )、 <input type="checkbox"/> その他( )
服薬状況に関する留意点	
患者が容易に又は継続的に服用できるた めの技術工夫等の調剤情報	
退院時の処方の際にお願いしたいこと	

### 4. 薬剤による副作用・アレルギー歴

被疑薬	症状等	発現時期

### 5. 併用薬剤、OTC等（要指導・一般医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報

--

### 6. その他

--

#### 【記載上の注意】

- ・受診中の医療機関、診療科等の情報については、必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載する。
- ・必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付する。