

# 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名称			
情報提供元保険薬局の所在地			
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）

<b>服薬管理者</b> ※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( )
<b>服薬状況に関する留意点</b>	
<b>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</b>	
<b>退院時の処方の際にお願いしたいこと</b>	

### 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。