

服藥情報等提供書

患者診察券番号 :	保険薬局 名称 (所在地・電話番号・FAX 番号)
患者氏名 :	様
生年月日 :	年 月 日
資料添付 : 無 有 (枚 : この用紙を含む)	担当薬剤師名 :

1 受診中の医療機関、診療所等に関する情報（必須）

番号	保険医療機関名	診療科	備考 ※通院にて定期的に投与されている注射薬剤等の情報を記載
1			
2			
3			
4			

2 現在使用中の薬剤（必須）

この欄の記入に替えて、現在使用中の薬剤が全てわかる資料（お薬手帳や薬剤情報提供書のコピー）を添付していただくことも可能です。その場合も、この欄の項目情報（自己調節で服用等）が伝わるよう追記等をお願いします。

※下記項目の記入、該当項目に☑お願いします。

面談日： / 面談相手：□患者本人 □家族（ ） □その他（ ）

処方通りに服用 自己で調節（もしくは用法用量変更）している薬あり

医師の指示による 入院前中止薬 ※中止日についても記載すること	
---------------------------------------	--

3 患者の服薬状況（必須）

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	本人 家族() 介助者() その他()
服薬状況に関する留意点 (患者のアドヒアランス 及び残薬等)	
服用上の工夫 (粉碎・一包化等)	

4 薬剤による副作用・アレルギー歴（該当する場合のみ）

被疑薬	症状等	発現時期

5 併用薬剤等（常用している市販薬（OTC薬）、健康食品、サプリメント）の情報（該当する場合のみ）

--

6 その他（該当する場合のみ）

--