

記載例（手書き、デジタルいずれでも記載可）

入院前服薬情報等提供書

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 ※大阪大学医学部附属病院からの処方も対象です

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	●●クリニック	内科	
2	●●病院	整形外科	●●皮下注 60 mg 6 か月に 1 回 (前回：●月●日)
3	大阪大学医学部附属病院	眼科	
4			

2 現在使用中の薬剤 ※内服薬以外の外用薬（貼付剤・軟膏・目薬・自己注射など）も対象です

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。

面談日： / / <input type="checkbox"/> 処方通りに服用	面談相手： <input checked="" type="checkbox"/> 患者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 自己で調節（もしくは用法用量変更）している薬あり
--	--

「1」の処方医療機関の番号	医薬品名／規格 後発品はメーカー名も記載	用法・用量 【記載例：3錠分3毎食後】 散薬は成分量で記載	備考 自己調節で服用等の 情報を記載
1	●●錠 5 mg 「●●」	2錠 分2 朝夕食後	
1	●●錠 330 mg	3錠 分2 朝食後2錠 夕食後1錠	処方上3錠分3毎食後
1	●●注フレックスタッチ	1日1回 朝食前 6単位	
2	●●テープ 40 mg	疼痛時 腰	処方上1日1枚
3	●●点眼液 0.3%	両目 乾燥時	処方上1日4回
3	●●配合点眼液	右目 1日1回 朝	

◆ 院内処方や他薬局で交付されている薬剤も含めてご確認ください。
 ◆ 1日1回の点眼薬はできる限り使用タイミングを記載いただきますようお願いいたします。

