

入院前服藥情報等提供書

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 :

※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			
2			
3			
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。

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

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（ ）
患者のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる（週1～2回程度） <input type="checkbox"/> 忘れる（週3回以上） <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他（ ）
服薬状況に関する留意点 （残薬等）	
服用上の工夫 （複数チェック可）	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他（ ）

4 薬剤による副作用・アレルギー歴

<input type="checkbox"/> 聴取上なし <input type="checkbox"/> あり（下記に詳細を記載ください）		
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

<input type="checkbox"/> 聴取上なし <input type="checkbox"/> あり（下記に詳細を記載ください）

6 その他（該当する場合のみ）

--