大阪大学医学部附属病院　薬剤部　宛　　報告日：　　年　　月　　日

服薬情報等提供書専用 FAX 06-6879-5989

服薬情報等提供書（眼科入院用）

患者診察券番号： 患者氏名：　　様 生年月日：　　年　　月　　日	保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号）
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

「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

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 （粉砕・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）

2025.6 大阪大学医学部附属病院薬剤部
（本様式のデータは当院薬剤部 HP に掲載しています）