

＜入院前服薬情報提供書＞

作成日： 年 月 日

宛先：市立池田病院 薬剤部 FAX：072-754-6402

情報提供元保険薬局の所在地および名称

TEL：

FAX：

薬剤師：

下記患者さまの入院前服用状況等について、
以下の通り情報提供致します。

氏名	
診察券番号	
生年月日	年 月 日生
特記事項	(医師の指示による入院前中止薬等)

【1】患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 本人 家族 医療スタッフ その他（ ）

服薬状況に関する留意点 一包化 粉碎
その他（ ）

【2】一般用医薬品・健康食品等の情報

【3】現在服用中の薬剤の一覧（頓服薬・外用薬・自己注射薬等含む）

※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）を添付でも可

受診医療機関	医薬品名/規格 ※後発品はメーカー名も記載	用法・用量（1日量記載） 【記載例：3錠 分 3 毎食後】 ※散薬は成分量で記載

【4】その他（アレルギー・副作用情報等）

追加資料添付（ 枚：この用紙を含まず）