

入院前・服薬情報等提供依頼書兼報告書

年 月 日

平素より大変お世話になっております。この度、貴薬局にて薬剤管理されている患者さんが当院において、入院されることとなりました。ご多忙のところ、恐れ入りますが、入院時の持参薬確認および周術期管理の効率化のため、現時点における服薬状況の確認をお願いいたします(貴薬局独自の様式をご使用いただいても構いません)。

※全ての欄に記入する必要はありません。必要と考えられる情報の欄のみにご記入ください。

ふりがな 患者氏名		返信先:FAX 011-616-5331 札幌医科大学附属病院 薬剤部 薬品情報室 電話：011-611-2111 (内線：56190) 担当薬剤師： 連絡事項：
患者ID	:	
生年月日	: 年 月 日 生 (歳)	
性別	: 男 女	
入院予定日	:	
手術予定日	:	

保険薬局名称:	担当薬剤師名:
FAX番号:	報告日:

現在使用中の薬剤一覧(一般用医薬品・健康食品等を含む)	<input type="checkbox"/> 別紙あり(薬情/お薬手帳等)
保険医療機関(診療科名) / 処方日 / 医薬品名 / 用法・用量・一包化有無 等	

手術前休薬指示(抗凝固薬・抗血小板薬・ピル等)

<input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 不明	

副作用歴・アレルギー歴

<input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 不明	

服薬状況等

①服薬介助 自己管理

要介助 → 薬の管理・介助者()

②コンプライアンス 良

不良

その他特記事項(処方目的、患者への服薬指導上で注意すべき事項等)