国立精神・神経医療研究センター病院　薬剤部宛

（FAX042-346-1701）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　添付資料を含む全　　　　枚

**入院前服薬状況等に係る情報提供書**（報告日　　　　　　　年　　　　月　　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ；  患者氏名：  生年月日：　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 貴施設名称：  住所：  電話番号：  FAX番号：  担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 入院予定日：　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  入院予定日数：　　　　　　　　　　　　日間　/　未定 |
| □　入院時持参薬　　　　　　日分整理済み　　備考  □　入院時持参薬　未整理 | |
| （手術予定の場合のみ記載） 手術前に休止予定が予想される薬剤の服用  　□　服用なし　　　　□ 服用あり　抜薬対応希望あり　　　　□　服用あり　抜薬対応希望なし | |

1. **受診中の医療機関、診療科、服用中の薬剤等に関する情報**

お薬手帳や薬剤情報提供書のコピー等、下表の内容が分かる資料を添付してください。その際には、必要に応じて実際の用法用量や処方状態等の追記をお願いいたします。

□　お薬手帳のコピー等　別添資料あり　（必要情報記載済み）

該当資料がない薬剤については、下表への記載をお願いいたします。

1-1　医療機関、診療科等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 保険医療機関 | 診療科 | 備考（疾患名等） |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

1-2　服用中の薬剤情報

＊番号は、上記「1-1」の処方医療機関番号をご記入ください。

＊頓服薬については、実際に使用している薬剤のみとし、わかる範囲で使用頻度をご記入下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 医薬品名 | 用法・用量  **（実際の用法用量）** | 処方状態  （粉砕・一包化等） | 備考  （処方日等） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

≪裏面あり≫

1. **患者情報、服薬状況等**

＊あてはまるもの全てにチェックをし、必要に応じて詳細をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 服薬管理 | □本人　□同居家族　□訪問薬剤師　□訪問看護師　□その他（　　　　　　　　　　　）  □カレンダーを使用　□一包化　□ピルケース　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| お薬手帳 | □あり（ □貼付忘れが時々見受けられる　□電子手帳を利用している　）　□なし |
| 服薬状況等 | □全て処方通りに服用している  □飲み忘れしやすい医薬品がある  医薬品名：  どのような時に忘れるかなど：  □自己調整している医薬品がある　→　□処方医の指示下で自己調整  □服用中の薬剤情報に記載済み  　　　医薬品名：  どのように調整しているか、調整している理由など：  □生活リズムや食事習慣の乱れがある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服薬評価 | □剤型に関係なく服薬可能　　□補助ゼリーを使用している　□大きい薬剤は困難  □特定の剤形は困難　（剤型、理由など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □経管投与 （経鼻・胃ろう・その他　　　　　　　　　）  →□錠剤の簡易懸濁　　□要粉砕調剤　　□その他 |
| 飲酒、喫煙、サプリメント、OTC、健康食品等 | □飲酒習慣あり　（量、頻度など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □喫煙習慣あり　（本数など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  サプリメント等　　□使用なし　□使用あり　名称、用法・用量など |
| その他  （留意点、特記事項等） | 漸減・漸増・中止薬の有無、特定の医薬品（先発品等）や剤型（口腔内崩壊錠等）に関する要望、退院時処方に関する留意点等をご記入ください |