

入院予定患者薬剤情報提供書

情報提供先医療機関：鳥取大学医学部附属病院

作成日：令和 年 月 日

情報提供元薬局名： _____

薬局電話番号： _____ - _____

薬局FAX番号： _____ - _____

保険薬剤師名： _____

■患者基礎情報

患者氏名： _____ 様	性別： _____	生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
鳥大患者ID： _____	入院予定日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 入院予定	
アレルギー歴 (造影剤含む)	なし あり：詳細（薬剤名、症状等）： _____	
副作用歴	なし あり：詳細（薬剤名、症状等）： _____	

■在宅時における服用習慣

使用薬剤管理	本人	家族	施設等（ _____ ）
服薬機能障害 ※嚥下機能、手指機能等	なし	あり（ _____ ）	
薬効理解	概ね良好	一部あり	不良 不明
自己管理	可能	介助が必要	不明
管理方法 1	PTPのみ		完全一包化
	一部一包化必要（一包化していない薬剤： _____ ）		
管理方法 2	薬袋管理	カレンダー管理	その他（箱など）

■OTC、健康食品等の利用

なし あり		
商品名		
摂取量（摂取頻度等）		
利用目的		
利用後の副作用の有無	なし あり（症状、検査値等 _____ ）	

■術前中止薬（予定手術入院であれば聴取すること）

術前中止薬の有無	なし あり	中止実施状況	良 不良
----------	-------	--------	------

※休薬に関する内容（手術予定日や休薬指示の有無）が不明な場合、手術に影響する休薬未実施等は問い合わせを行うこと。

※入院予定患者情報提供書以外にも『お薬情報提供用紙またはお薬手帳情報』を手渡してください。

■使用薬剤

処方医療機関名： _____

診療科名： _____

処方医師： _____

	一包化 有無 ^{※1}	医薬品名（規格必須）	1回量	用法	持参 日数	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

処方医療機関名： _____

診療科名： _____

処方医師： _____

	一包化 有無 ^{※1}	医薬品名（規格必須）	1回量	用法	持参 日数	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

※1：一包化されている場合は○印をつけてください

■使用薬剤

処方医療機関名： _____

診療科名： _____

処方医師： _____

	一包化 有無 ^{※1}	医薬品名（規格必須）	1回量	用法	持参 日数	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

処方医療機関名： _____

診療科名： _____

処方医師： _____

	一包化 有無 ^{※1}	医薬品名（規格必須）	1回量	用法	持参 日数	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

※1：一包化されている場合は○印をつけてください