

入院時情報提供書

いつもお世話になります。

このたび下記の患者様の医薬品適正使用に関する情報の連携を深めるため、情報を提供させていただきます。

ふりがな 患者氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年
	月 日生 (歳)

情報提供元薬局の住所及び名称	
電話:	
Fax:	
保険薬剤師氏名:	印

患者特性		服薬管理・指導への影響、家族の協力・支援	
<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 嚥下能低下 <input type="checkbox"/> 四肢の機能低下 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他 ()			
食 事	朝食: 時 昼食: 時 夕食: 時	食事制限:	
	アレルギー:		嗜好:
睡 眠	睡眠薬の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬剤名:	
	起床: 時 就寝: 時		
生 活	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()		・併用薬、他科受診
	職業:	趣味・関心事:	
・一般用医薬品・医薬部外品・健康食品の併用			
・禁忌薬剤・副作用歴（発生日時、症状、経過など）			
手帳の利用	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 血圧手帳 <input type="checkbox"/> 糖尿病手帳 <input type="checkbox"/> 認知症手帳 <input type="checkbox"/> その他連携手帳 ()		
服薬方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管（経鼻・胃瘻・腸瘻） <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法		
服薬管理ツール	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> お薬ケース <input type="checkbox"/> その他 ()		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり（理由: ）		
曜日指定薬剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり該当薬剤:		服薬日:
・入院前（概ね3ヶ月以内）に残薬調整を行った薬剤と理由			
・入院前（概ね3ヶ月以内）に処方追加・変更・中止となった薬剤と理由			
・薬学的管理上必要となる検査値（PT-INR、HbA1c など）		担当ケアマネジャーからの所見等	
・薬剤師コメント（減量・中止の検討が必要と思われる薬剤と理由、投薬・服薬指導時の注意点など）			

電話対応が可能な時間帯・曜日

注) 詳細確認のため、担当薬剤師より電話連絡させていただきます。ご協力お願いします。