



入院時服薬情報提供書

<p>生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>患者氏名： _____</p> <p>患者ID： _____</p> <p>患者の同意 <input type="checkbox"/> 同意を得た（<input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族等（ _____ ）） <input type="checkbox"/> 得ていない</p>	<p>保険薬局 名称・所在地</p> <p>TEL</p> <p>メールアドレス</p> <p>担当薬剤師名</p>
--	--

【患者基本情報】				
・健康補助食品などについて <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		保険薬局からの通信欄		
市販薬（OTC）（ _____ ）				
健康食品・サプリメント（ _____ ）				
・アレルギー歴について <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
薬剤名（ _____ ）				
造影剤（ _____ ）				
歯科治療の麻酔薬（ _____ ）				
アルコール綿 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
食品（ _____ ）				
・副作用歴について <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
薬剤名（ _____ ）				
・薬剤管理方法について				
薬剤・服薬を管理する者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
服薬方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
調剤方法 <input type="checkbox"/> シート <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁				
服薬状況（アドヒアランス） <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良				
現在服用中の薬剤一覧				
	薬品名	1日量	用法	処方元
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

※薬剤情報はお薬手帳のコピー等の貼付も可
記載内容が足りない場合は別紙へ



入院時服薬情報提供書

生年月日： _____ 年 ____ 月 ____ 日 患者氏名： _____

現在服用中の薬剤一覧				
	薬品名	1日量	用法	処方元
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
備考				