

# 入院前薬剤関連情報提供書《日病薬版準拠》 Ver. 1.0

京都大学医学部附属病院薬剤部 御中

報告日： 年 月 日

添付資料 ☐無 ☐有 ( 枚：送信票及びこの用紙を含む)

貴院へ入院予定の患者様の服薬状況等について、ご報告いたします。

## 1. 患者情報

情報提供元

患者番号：  
患者氏名：  
生年月日：  
入院診療科：  
入院予定日：

名称 (所在地・電話番号・FAX番号)  
  
  
薬剤師名

## 2. 服薬状況および伝達事項

|                       |                               |   |                                       |                                  |
|-----------------------|-------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| 服薬管理状況                | <input type="checkbox"/> 自己管理 | <input type="checkbox"/> 施設スタッフ管理           | <input type="checkbox"/> 介助者(家族等含む)管理 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 調剤方法                  | <input type="checkbox"/> PTP  | <input type="checkbox"/> 一包化                | <input type="checkbox"/> 簡易懸濁         | <input type="checkbox"/> 粉砕      |
| 投与経路                  | <input type="checkbox"/> 経口   | <input type="checkbox"/> 経管                 |                                       |                                  |
| アドヒアランス状況             | <input type="checkbox"/> 良好   | <input type="checkbox"/> 多少問題あり ( )         | <input type="checkbox"/> 不良           | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 服薬情報提供料2の算定           | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> あり：直近の算定年月日 年 月 日  |                                       |                                  |
| 認知機能低下の有無             | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> あり ( )             |                                       |                                  |
| 市販薬・サプリメント            | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> あり ( )             |                                       |                                  |
| 副作用・アレルギー歴            | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> あり ( )             |                                       |                                  |
| 生活歴・嗜好品(アルコール等)       | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> あり ( )             |                                       |                                  |
| 医師の指示による入院前中止薬        | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> あり (医薬品名： )        |                                       |                                  |
| 中止薬に関する<br>薬剤師からの指導内容 |                               |   |                                       |                                  |
| 対応事項                  | <input type="checkbox"/> 残薬調整 | <input type="checkbox"/> 中止薬対応 (医薬品名/対応方法 ) |                                       |                                  |
|                       | <input type="checkbox"/> 情報提供 | <input type="checkbox"/> その他 ( )            |                                       |                                  |
| 退院時にお願いしたいこと          | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> あり ( )             |                                       |                                  |
| その他                   |                               |   |                                       |                                  |

## 3. 受診中の医療機関、診療科、保険薬局に関する情報

| 番号 | 保険医療機関 | 診療科 | 備考 |
|----|--------|-----|----|
| 1  |        |     |    |
| 2  |        |     |    |
| 3  |        |     |    |
| 4  |        |     |    |
| 5  |        |     |    |

## 4. 現在、使用中の薬 (手帳用シールの貼付や、内容のわかる書類の添付でもOK)

| 「3」の<br>医療機<br>関番号 | 医薬品名 | 用法・用量 | 日数 | 備考・特記事項<br>(開始4週以内/自己調節/留意点等) |
|--------------------|------|-------|----|-------------------------------|
|                    |      |       |    |                               |
|                    |      |       |    |                               |
|                    |      |       |    |                               |
|                    |      |       |    |                               |
|                    |      |       |    |                               |

この情報を伝える上で、患者からの同意を ☐得た (代諾者続柄： )  
☐得ていないが、治療上重要と考えられるため、報告する

《医療機関記入欄》情報提供ありがとうございます。  
☐報告内容を確認し、関連部署に報告しました。  
☐その他 ( ) 医療機関名：京都大学医学部附属病院  
FAX番号：  
返信日：