

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

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"/> P T P	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁	<input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> その他()
投与経路	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管			
アドヒアラנס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 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 医療機 関番号	医薬品名	用法・用量	日数	備考・特記事項 (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：