

# 入院前 服薬状況等にかかる情報提供書

報告日： 年 月 日

広島赤十字・原爆病院 ID： 生年月日： 年 月 日 患者氏名：	保険薬局（名称） 住所： 電話番号： ハイフンなし FAX番号：
入院予定日 年 月 日 入院期間の目安 日間 入院目的：手術 内視鏡 介入(造影) その他	担当薬剤師： 様
本情報を伝えることについて、患者もしくは家族等の同意の有無 <input type="checkbox"/> 同意を得た（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族等（ ）） <input type="checkbox"/> 同意を得ていない	
入院前中止薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 中止薬はその他の薬剤とは別の薬袋またはチャック袋に分けてください （一包化されている場合は入院期間を目安に別包にしてください）	中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止)
入院前開始薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	開始薬： ( 月 日より開始) 開始薬： ( 月 日より開始) 開始薬： ( 月 日より開始)
薬剤アレルギー歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（薬剤名、症状記載してください）	
副作用歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（薬剤名、症状記載してください）	
管理方法 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> その他の工夫（以下に詳細記載） <input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> PTPシート ※訪問にて管理している場合は頻度を教えてください	
服薬状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良（一部・全体・日による・その他） <input type="checkbox"/> 患者自身が主たる疾患の治療目的と使用する薬剤・注意点について理解している <input type="checkbox"/> 上記の理解は十分でないが指導と家族等のサポートにより対応可能 <input type="checkbox"/> サポートが不十分なため対応に注意が必要（備考に詳細記載）	
服薬評価 <input type="checkbox"/> 剤型に関係なく飲み込める <input type="checkbox"/> 補助ゼリーを使用している <input type="checkbox"/> 大きい薬剤は困難 <input type="checkbox"/> 経管投与（経鼻、胃瘻、その他）→ <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> 粉碎調剤 <input type="checkbox"/> その他	
OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（以下に詳細記載）	
お薬手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 電子お薬手帳→読み取り不可の場合もあるため印刷して持参するようお願いください	

【お願い】入院に当たり、患者手持ち薬剤の整理をお願いいたします。

# 入院前 服薬状況等にかかる情報提供書

報告日: 年 月 日

枚数: 枚目 / 全 枚

※他薬局調剤分を含めて使用中のすべての最新情報を記載してください。  
 ※用量: 定期服用薬は1日量表記、頓服薬は1回量で記載してください。  
 ※欄不足の場合はコピーにて追加してください→追加した場合(患者氏名: )  
 ※お薬手帳や貴局書式の送付も可。

	処方医療機関	医薬品名	用量	用法	調剤形態 (○をつけてください)	入院時残日数
1					PTP・一包化・外用・他	
2					PTP・一包化・外用・他	
3					PTP・一包化・外用・他	
4					PTP・一包化・外用・他	
5					PTP・一包化・外用・他	
6					PTP・一包化・外用・他	
7					PTP・一包化・外用・他	
8					PTP・一包化・外用・他	
9					PTP・一包化・外用・他	
10					PTP・一包化・外用・他	
11					PTP・一包化・外用・他	
12					PTP・一包化・外用・他	
13					PTP・一包化・外用・他	
14					PTP・一包化・外用・他	
15					PTP・一包化・外用・他	
16					PTP・一包化・外用・他	
17					PTP・一包化・外用・他	
18					PTP・一包化・外用・他	
19					PTP・一包化・外用・他	
20					PTP・一包化・外用・他	
21					PTP・一包化・外用・他	
22					PTP・一包化・外用・他	
23					PTP・一包化・外用・他	
24					PTP・一包化・外用・他	
25					PTP・一包化・外用・他	
26					PTP・一包化・外用・他	

備考 (特記事項を記載してください)

入院前 服薬状況等にかかる情報提供書

報告日: 2023年 9月 10日

枚数: 1 枚目 / 全1 枚

記載例

広島赤十字・原爆病院 ID: 012345678  生年月日: 2000 年 1月 1日  患者氏名: 日赤 太郎	保険薬局 (名称) A薬局 住所: 広島市南区南蟹屋2丁目3-1  電話番号 082〇〇〇〇〇〇〇〇 ハイフンなし FAX番号 082〇〇〇〇〇〇〇〇
入院予定日 2023年 10月 1日 入院期間の目安 14 日間 入院目的: (手術) 内視鏡 肝-膵(造影) その他	担当薬剤師: 広島 太郎 様
本情報を伝えることについて、患者もしくは家族等の同意の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 同意を得た ( <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族等 ( ) ) <input type="checkbox"/> 同意を得ていない	
入院前中止薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 中止薬はその他の薬剤とは別の薬袋またはチャック袋に分けてください (一包化されている場合は入院期間を目安に別包にしてください)	中止薬: バイアスピリン ( 9月26日より中止) 中止薬: ( 月 日より中止) 中止薬: ( 月 日より中止) 中止薬: ( 月 日より中止) 中止薬: ( 月 日より中止) 中止薬: ( 月 日より中止)
入院前開始薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	開始薬: レボフロキサシン錠 ( 9月 30日より開始) 開始薬: ( 月 日より開始) 開始薬: ( 月 日より開始)
薬剤アレルギー歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> あり (薬剤名、症状記載してください) セフカペンピボキシル → 皮疹	
副作用歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> あり (薬剤名、症状記載してください) ロキソプロフェン → 胃潰瘍	
管理方法 <input type="checkbox"/> 自己 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> その他の工夫 (以下に詳細記載) <input type="checkbox"/> カレンダー <input checked="" type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> PTPシート ※訪問にて管理している場合は頻度を教えてください	
服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (一部・全体・日による・その他) <input type="checkbox"/> 患者自身が主たる疾患の治療目的と使用する薬剤・注意点について理解している <input checked="" type="checkbox"/> 上記の理解は十分でないが指導と家族等のサポートにより対応可能 <input type="checkbox"/> サポートが不十分なため対応に注意が必要 (備考に詳細記載)	
服薬評価 <input type="checkbox"/> 剤型に関係なく飲み込める <input type="checkbox"/> 補助ゼリーを使用している <input checked="" type="checkbox"/> 大きい薬剤は困難 <input type="checkbox"/> 経管投与 (経鼻、胃瘻、その他) → <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> 粉碎調剤 <input type="checkbox"/> その他	
OTC・サプリメント <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下に詳細記載)	
お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 電子お薬手帳 ) <input type="checkbox"/> なし	

【お願い】入院に当たり、患者手持ち薬剤の整理をお願いいたします。

# 入院前 服薬状況等にかかる情報提供書

報告日:2023年9月10日

※他薬局調剤分を含めて使用中のすべての最新情報を記載してください。

※用量:定期服用薬は1日量表記、頓服薬は1回量で記載してください。

※欄不足の場合はコピーにて追加してください→追加した場合(患者氏名: )、 枚目/全 枚

※お薬手帳や貴局書式の送付も可。

	処方医療機関	医薬品名	用量	用法	調剤形態 (○をつけてください)	入院時残日数
1	B病院	アムロジピン錠5mg	1錠	1×朝食後	PTP・ <del>一包化</del> ・外用・他	10/20
2	〃	クレストール錠2.5mg	1錠	1×朝食後	PTP・ <del>一包化</del> ・外用・他	10/20
3	〃	プレガバリン錠150mg	2錠	2×朝夕食後	PTP・ <del>一包化</del> ・外用・他	10/20
4	Cクリニック	ボナロン錠35mg	1錠	1×起床時 (土曜日)	PTP・一包化・外用・他	10/3
5	〃	カロナール錠300mg	6錠	3×毎食後	PTP・一包化・外用・他	10/10
6	〃	デパス錠0.5mg	1錠	不安時 1日2回まで	PTP・一包化・外用・他	15回分
7	〃	ヒューマログ注 ミリオペン		朝5U昼5U夕 5U	PTP・一包化・ <del>外用</del> ・他	3本
8	D眼科	タプロス点眼0.001		1日1回左眼	PTP・一包化・ <del>外用</del> ・他	5本
9					PTP・一包化・外用・他	
10					PTP・一包化・外用・他	
11					PTP・一包化・外用・他	
12					PTP・一包化・外用・他	
13					PTP・一包化・外用・他	
14					PTP・一包化・外用・他	
15					PTP・一包化・外用・他	
16					PTP・一包化・外用・他	
17					PTP・一包化・外用・他	
18					PTP・一包化・外用・他	
19					PTP・一包化・外用・他	
20					PTP・一包化・外用・他	
21					PTP・一包化・外用・他	
22					PTP・一包化・外用・他	
23					PTP・一包化・外用・他	
24					PTP・一包化・外用・他	
25					PTP・一包化・外用・他	
26					PTP・一包化・外用・他	

記載例

**備考 (特記事項を記載してください)**

- ・中止薬のバイアスピリンは中止と記載した薬袋にわけてあります
- ・B病院のお薬は2週間分を整理してお渡ししました
- ・その他のお薬はそのまま持参するようお伝えしています