|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入院時薬剤情報提供書 | | |
| **★ＩＤ記入漏れに注意** | | 作成日： |
| ID：  患者氏名　　　　　　　　　　　様  生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　性別（男性・女性） | | 薬局名：  担当薬剤師：  住所：  TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 入院予定日： | 年/　　　月/　　　日～ | |
| 施設名/主治医： | 医療機関名：　　　　　　　　　　　診療科：　　　　　　/　　医師名： | |
| 副作用・ｱﾚﾙｷﾞｰ歴： | あり　　なし　　不明 | |
| 服薬状況： | 自己管理　　　要介助  コンプライアンス　　　良　　　不良 | |
| 調剤上の留意点： | PTP　　　　一包化調剤　　　　　　　　簡易懸濁法　　　　　粉砕が必要 | |
| 薬剤情報提供書： | 別紙　　　　あり　　　　　なし | |
| ◆服用中の薬（お薬手帳のシール貼付可）  ＊当薬局でお渡ししている薬  ＊併用薬など | | |
| ◆手術前・検査前の休薬指導　　　当該診療科から配布している休薬説明書　　あり　　　なし | | |
| ◆その他特記事項  服用状況、患者さんの状態など | | |

以上、経過報告させて頂きます。今後ともご配慮の程よろしくお願い致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入院時薬剤情報提供書（記載例） | | |
| **★ＩＤ記入漏れに注意** | | 作成日：2023年4月20日 |
| ID：\*\*\*\*\*\*\*\*  患者氏名　\*\*\*\*\*\*\*\*　様  生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　性別（男性・女性） | | 薬局名：  担当薬剤師：  住所：  TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 入院予定日： | 2023年　4月24日～ | |
| 施設名/主治医： | 医療機関名：尾道市立市民病院　　　　診療科：整形外科　/　　医師名：\*\*\*\*\* | |
| 副作用・ｱﾚﾙｷﾞｰ歴： | あり　　なし　　不明  セレコキシブで発疹 | |
| 服薬状況： | 自己管理　　　要介助  コンプライアンス　　　良　　　不良 | |
| 調剤上の留意点： | PTP　　　　一包化調剤　　　　　　　　簡易懸濁法　　　　　粉砕が必要 | |
| 薬剤情報提供書： | 別紙　　　　あり　　　　　なし | |
| ◆服用中の薬（お薬手帳のシール貼付可）  ＊当薬局でお渡ししている薬  ①Ａ病院 脳外科  リクシアナOD60mg 1錠/日朝食後  エゼチミブ錠10mg 1錠/日朝食後  アムロジピンOD5mg 1錠/日夕食後  ②Ｂ医院  テオフィリン徐放錠100mg 2錠/日朝夕食後  プランルカスト錠112.5mg 4C/日朝夕食後  フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg 2錠/日朝夕食後  ラベプラゾールNa10mg 1錠/日夕食後  アドエア100ディスカス60吸入用 １日2回 1回1吸入  Ａ病院とＢ医院の薬剤はまとめて一包化しています  ＊併用薬など  ③Ｃ耳鼻咽喉科  ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg 3錠/日毎食後  アデホスコーワ顆粒10％ 3包/日毎食後  ④Ｄ眼科  ミケルナ配合点眼液 両眼1回/日  ジクアス点眼液3％ 両眼４回/日 | | |
| ◆手術前・検査前の休薬指導　　　　当該診療科から配布している休薬説明書　　あり　　　なし  入院前に休薬指示がありましたので、下記のように対応しました。  日付印字で一包化調剤（4/17 から 5/14）。4/23 からリクシアナ OD 錠の休薬指示があり、リクシアナ OD 錠は 4/23朝～4/25 朝を一包化から抜薬して調剤及び休薬指導をしております。 | | |
| ◆その他特記事項  服用状況、患者さんの状態など  独居高齢者、服用薬剤数が多いため相談がありＡ病院と B 医院はまとめて一包化調剤をしています。  現在、お薬カレンダーを利用して服薬自己管理が出来ています。 | | |

以上、経過報告させて頂きます。今後ともご配慮の程よろしくお願い致します。