



御中

報告日： 年 月 日

添付資料 無 有 (枚：この用紙を含む)

貴院へ入院予定の患者様の服薬状況について、ご報告いたします。

1. 患者情報

情報提供元

患者氏名：	
生年月日：	年 月 日
入院診療科：	
入院予定日：	年 月 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

調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁
投与経路	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管投与	<input type="checkbox"/> その他()	
服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 施設スタッフ	<input type="checkbox"/> その他()
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 概ね良好 <input type="checkbox"/> 問題あり()			
医師の指示による入院前中止薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
退院時にお願いしたいこと	<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	<input type="checkbox"/> 不明	
薬剤アレルギー・副作用歴	<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. 現在使用中の薬剤 (手帳用シールの貼付や、内容が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	備考・特記事項 (自己調節/留意点等)

《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： _____

FAX番号： _____

返信日： 年 月 日 記入者： _____

※退院時には別途「薬剤管理サマリー」(日本病院薬剤師会作成)等を用いた薬局への情報提供を推奨します (地域医療連携支援検討委員会)



〇〇〇〇病院 御中

報告日： 2024年3月11日
添付資料 無 有 (枚：この用紙を含む)

入院予定日の**2週間前～5日前**を目安に確認した情報を記載し、提出してください。

貴院へ入院予定の患者様の服薬状況について、ご報告いたします。

1. 患者情報

患者氏名： 広島 花子

生年月日： 1955年 12月 25日

入院診療科： 整形外科

入院予定日： 2023年 12月 1日

情報提供元

名称 (所在地・電話番号・FAX番号)
〇〇市〇〇区〇〇

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

薬剤師名： 薬剤 太郎

ゴム印の押印でもOKです。

「入院診療科」は**必須項目**とします。

2. 服薬状況および伝達事項

調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP	<input checked="" type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 粉碎	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁
投与経路	<input checked="" type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管投与	<input type="checkbox"/> その他()	
服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人	<input checked="" type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 施設スタッフ	<input type="checkbox"/> その他()
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 概ね良好	<input checked="" type="checkbox"/> 問題あり(昼食後の飲み忘れが多い)		
医師の指示による入院前中止薬	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(アスピリン腸溶錠 11月18日より中止)		
退院時にお願したいこと	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(退院時処方は一包化調剤をお願いします)		
市販薬・サプリメント	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
薬剤アレルギー・副作用歴	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(ロキソプロフェンで胃部不快感)		
その他	服薬補助ゼリーを用いて服薬			

←2. 服薬状況
←服薬状態

←残薬調節有り を削除

「退院前カンファレンスが開催されるようであれば、お声かけを希望しません」のような内容でもOKです。

↑コメントを追加

3. 受診中の医療機関、診療科に関する情報

番号	保険医療機関	診療科	備考
1	〇〇病院	内科	
2	〇〇眼科	眼科	
3	〇〇整形外科	整形外科	
4			
5			

手帳用シールの貼付や、書類の添付でもOKです。

4. 現在使用中の薬剤 (手帳用シールの貼付や、内容が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	備考・特記事項 (自己調節/留意点等)
1	アムロジピン0D錠 (5)	1日1回朝食後 1回1錠	
1	一硝酸イソソルビド錠 (20)	1日2回朝夕食後 1回1錠	
1	ニコランジル錠 (5)	1日3回毎食後 1回1錠	
1	アスピリン腸溶錠 (100)	1日1回朝食後 1回1錠	11月18日より中止しています
1	インスリンリスプロ	1日3回毎食直前皮下注	朝8単位、昼6単位、夕6単位
1	インスリングルギン	1日1回就寝前皮下注 6単位	
2	ラタノプロスト点眼液0.005%	1日1回就寝前 1回1滴	
2	チモロール点眼液0.25%	1日2回朝夕 1回1滴	
3	プレガバリン0D錠 (25)	1日2回朝夕食後 1回1錠	
3	ロキソプロフェンNaテープ50mg	1日1回腰に貼付 1回1枚	自己調節 (疼痛時のみ貼付)

医薬品名は、商品名での記載で問題ありません。

『用法・用量』に書ききれない場合、『備考・特記事項』に記載してください。

欄が不足する場合は『4. 薬剤続き』のシートに記載ください。

《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：

FAX番号：

返信日：

年 月 日

記入者：