

入院前の服薬状況等に係る情報提供書

入院先医療機関

年 月 日

宛

保険薬局の名称：

電話番号：

入院予定日： 年 月 日

担当薬剤師氏名：

入院先医療機関 患者ID：	生年月日：	年	月	日	（	歳）
患者氏名：	性別：					

1. 処方箋発行医療機関の情報

機関番号	保険医療機関名	診療科	備考
1			
2			
3			
4			
5			

2. 持参薬の情報（現在処方期間内にあるもの全て）

[illegible]

3. 医師の指示による入院前の中止薬

医薬品名	中止日	服薬支援等対応
	月 日	
	月 日	
	月 日	

その他の対応

4. 服薬状況に関する情報

管理者		留意点	
調剤方法		備考	

5. 副作用・アレルギー歴

被疑薬	症状等	発現時期

6. 併用薬剤等（OTC医薬品・健康食品）の情報

7. その他

※ 記載時の注意事項等

- ・処方箋発行医療機関の情報については、必要に応じて、受診目的を備考欄に記載してください。
 - ・持参薬の情報は、お薬手帳シールの貼付や別紙による提供も可能です。
 - ・お薬手帳等の情報がある場合は忘れずに持参するようお伝えください。
- また、必要に応じてコピーを添付してください。