**入院前持参薬情報提供書**

**作成年月日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ID：** | | | **年齢：　　　　　　　　　　　歳** |
| **患者氏名（カナ）：** | | | **性別：　　　□男　　　　□女** |
| **入院予定日：** | | **入院予定診療科：** | |
| **薬剤管理者** | **□本人　・　□他人 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |
| **アレルギー歴（原因物質・症状）** | **□無　・　　□有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |
| **副作用歴（原因物質・症状）** | **□無　・　　□有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |
| **OTC・サプリメント** | **□無　・　　□有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |
| **薬剤の整理の有無** | **□無　・　　□有** | | |
| **薬剤の整理の内容** |  | | |
| **薬局からの連絡事項** |  | | |
| **自己調節薬** | **□無　・　　□有　（　　　　詳細は以下に記載してください　　　　）** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **処方と服用状況が異なる薬剤**  ✓ | **医薬品名（規格・単位含む）** | **変更前後の用法用量** |
| **例 □　自己調節薬**  **□　処方と異なる内服方法** | **例：マグミット錠３３０ｍｇ** | **例：6T/3x毎食後→2T/2x朝夕食後** |
| **□　自己調節薬**  **□　処方と異なる内服方法** |  |  |
| **□　自己調節薬**  **□　処方と異なる内服方法** |  |  |
| **□　自己調節薬**  **□　処方と異なる内服方法** |  |  |

**薬局名**

**連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者**

**東京慈恵会医科大学附属柏病院　服薬情報等提供料３報告フォーマット　薬剤部(FAX:0471-64-9617)**