



市立宇和島病院

薬局FAX：0895-26-5315

報告日 年 月 日

入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

年 月 日より入院予定の下記患者について情報提供いたします。

生年月日		保険薬局名	
カナ		所在地	
患者氏名		電話/FAX	
科		報告者	
ID		依頼医	

1 受診中の医療機関・診療所等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	備考

2 現在服用中の薬剤

※種類が多い場合は、お薬手帳の写しや薬剤情報提供書の送付でも構いません。

その際は、備考情報がある薬剤のみ個別に記載をお願いいたします。

「1」の処方医療機関の番号	医薬品名 ※後発品はメーカー名も記載	用法・用量	備考 ※自己調節等の情報を記載

3 持参する薬の日数 (_____ 日分)

4 入院前の中止薬への対応

医薬品名	中止日	患者支援等対応（実施した内容に✓を入れる）
	月 日	☐ 患者への説明 ☐ 一包化からの抜き取り
	月 日	☐ 患者への説明 ☐ 一包化からの抜き取り
	月 日	☐ 患者への説明 ☐ 一包化からの抜き取り
	月 日	☐ 患者への説明 ☐ 一包化からの抜き取り
	月 日	☐ 患者への説明 ☐ 一包化からの抜き取り

5 患者の服薬状況

5-1 服薬管理者 ※家族、介助者の場合が具体的な管理者（妻、ヘルパーなど）も記載すること。
☐ 本人 ☐ 家族（ _____ ） ☐ 介助者（ _____ ） ☐ その他（ _____ ）
5-2 服薬状況に関する留意点
5-3 患者が容易に又は継続的に服用できるための技術的工夫等の薬剤情報（粉碎・一包化等）

6 併用薬剤等（要指導・一般医薬品、医薬部外品、健康食品、サプリメント等）の情報

--

7 その他

--