

岡山市立市民病院 PFM 薬剤師 宛て

報告日： 年 月 日

【入院時薬剤情報提供書】

患者氏名：	貴施設名・所在地
当院患者 ID：	TEL: FAX:
生年月日： 年 月 日	メールアドレス： 担当薬剤師：
この情報を伝える上で、患者からの同意を <input type="checkbox"/> 得た（代諾者続柄： ） <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上重要と考えられるため、報告します。	

＜報告内容＞ 該当する項目に、印☑を付けてください。

基本情報	薬剤アレルギー・副作用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 アレルギーのある薬剤名（ ）
	入院前の管理方法	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 病院／施設 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明
	入院前の服薬状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ときどき忘れる <input type="checkbox"/> 忘れる <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他
	投与経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管（経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻） <input type="checkbox"/> その他
	お薬手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 電子お薬手帳 <input type="checkbox"/> 不明
	OTC・サプリメント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明

＜現在使用している医薬品一覧＞ お薬手帳のシールやお薬説明書の添付でも可

※記載欄が不足する場合は 2 枚目をご利用ください。

※他薬局での薬剤情報も分かる範囲で構いませんので記載ください。

No.	医薬品名	1 日量	単位	用法	コメント	処方元
例)	〇〇〇カプセル 20 mg	1	個	分 1 朝食後		△△医院

＜備考＞ 必要に応じて記載してください。

