服 薬 情 報 提 供 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 提出先 | 医療機関名： | 提出者 | 薬 局 名： |
|  | 部　署　名：  |  | 住　　所： |
|  | 医　師　名： |  | 電話番号：  |
|  |  |  | FAX番号： |
|  |  |  | 保険薬剤師氏名： | ㊞ |

1　患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ｉ　Ｄ |  | 性　別 | 男　・　女　・　他 |
| 　 |  | 住　所 |  |
| 生年月日 | M・T・S・H・R |  | 年 |  | 月 |  | 日生 | 電話番号 | （　　　　） |  |

2　服薬情報

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医療機関名・処方医氏名 | 直近の処方日（処方内容はお薬手帳をご参照ください） |
| 医療機関名：医師氏名： | 直近の処方日：　　年　　月　　日※当薬局での調剤実施の有無：　有　・　無 |
| 医療機関名：医師氏名： | 直近の処方日：　　年　　月　　日※当薬局での調剤実施の有無：　有　・　無 |
| 医療機関名：医師氏名： | 直近の処方日：　　年　　月　　日※当薬局での調剤実施の有無：　有　・　無 |
| 重複投薬の有無 | 　有　・　無 |
| 併用薬剤等 | 要指導医薬品 |  |
| 一般用医薬品 |  |
| 健康食品・サプリメント |  |
| 服薬管理の状況 | 　自立　・　見守り　・　一部介助　・全介助 |
| 服薬状況及び指導内容※服薬コンプライアンス、摂食嚥下障害の状況等を含む。 |  |
| アレルギー、副作用症状等 |  |
| 家族、介護者等からの情報 |  |
| 訪問薬剤管理指導の実施状況 | 　実施（　医療保険　・　介護保険　）　・　非実施 |
|  | 訪問回数 | 　2週間毎　・　1週間毎　・　1カ月毎　・　その他（　　　　） |
|  | 服薬管理者 | 　本人　・　家族　・　ヘルパー　・　その他（　　　　） |
|  | 管理方法 | 　お薬カレンダー　・　配薬ＢＯＸ　・　薬袋　・　その他 |
|  | 調剤方式 | 錠　剤：全体一包化（別包あり・なし）・指定Rp一包化・ヒート散　剤：製品ヒート・分包・粉砕調剤その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |
| 退院前カンファレンスへの参加希望 | 　希望する　・　希望しない |

方法