

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
フリガナ 氏名		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・粉碎調剤 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	