**大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　地域連携室　宛て**

報告日：     年     月     日

**【入院時薬剤情報提供書】**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名：    当院患者ID ：  生年月日 ：     年     月     日 | 貴施設名・所在地    TEL：      /FAX：  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 得た（代諾者続柄：     　　）  得ていないが、治療上重要と考えられるため、報告する | |

●対応内容（薬局での対応内容に印を付けてください）

　1.入院時薬剤情報提供書による情報提供

　2. 休薬指導

　　　　 患者の理解度　理解できている　理解不十分なので休薬指導した　　その他（     ）

　3.持参薬の日数整理（指定の日数分に揃えてご用意ください。ただし、不足分を新たに処方していただく必要はありません）

●入院時薬剤情報提供書を作成する上で

　　患者と面談 した していない

　　実薬を確認 した していない

●退院前カンファレンスが開催される場合、当院からの連絡を希望される場合は以下に印をつけてください。

　連絡を希望する

|  |
| --- |
| 特記事項：  例）　◎年◎月◎日より、抗凝固薬の服用を中止しています。 |

以下のとおり、情報提供いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 番号 | 保険医療機関名 | 診療科 | 備考 | | １ |  |  |  | | ２ |  |  |  | | ３ |  |  |  | | ４ |  |  |  | | ５ |  |  |  | | 6 |  |  |  |   **１　　受診中の医療機関、診療科等に関する情報** |
| **２　　現在服用中の薬剤の一覧（記載欄が不足する場合はコピーしてご使用ください。）**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 「１」の処方医療機関  の番号 | 医薬品名 | 用法・用量 | 服用  開始時期 | 処方状態  （粉砕、  一包化等） | 入院時  持参予定数  （日分） | 備考 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |   　　　　※用法・用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付 |
| |  |  | | --- | --- | | 医師の指示による  入院前中止薬 |  | | 自己調節している薬 |  | |
| **３　　患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）**   |  |  | | --- | --- | | 服薬管理者 | 本人　　　家族　　　介助者　　その他（     ） | | 服薬状況（アドヒアランス） | アドヒアランス　　良好　一部不良（     ）不良　不明  【アドヒアランスに影響する要因】  自己管理能力の低下  あり　　　一部あり（     ）なし　　　不明  薬の必要性の理解不足  あり　　　一部あり（     ）なし　　　不明  身体機能の問題  あり　　　一部あり（     ）なし　　　不明  生活リズムの問題  あり　　　一部あり（     ）なし　　　不明  治療薬に対する不安  あり　　　一部あり（     ）なし　　　不明  その他　[     ]  患者本人の減薬希望 あり　　　なし　　　不明 | | 退院時の処方の際に  お願いしたいこと |  | |
| **４　　併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報** |
| **５　　薬剤アレルギー・副作用歴** |
| **６　　備考** |

**【記載上の注意】**

1. 保険医療機関への情報提供にあたっては、特記事項並びに「１」、「２」及び「３」を記載した上で、必要に応じて

「４」「５」又は「６」を記載してください。

1. 必要に応じて、備考欄に受診 ・ 通院目的を記載してください。
2. 必要に応じて、続紙に記載して添付してください。
3. 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付してください。