

使用中医薬品情報提供書

報告日： 年 月 日 添付資料： 無・有 (枚:この用紙を含む)

川崎市立多摩病院では入院中の安全な医療提供を目指し、服薬情報の一元的かつ継続的な把握すべく、保険薬局の皆様へ情報提供をお願いしております。

- ①下記の患者情報と表中6項目の必要事項をご記入お願い致します。
- ②現在使用中の薬剤が全て分かる資料(薬剤情報提供書[薬情]やお薬手帳のコピー)の添付をお願い致します。資料のない薬剤に関しては、備考欄にご記入お願いいたします。

患者診察券番号:	保険薬局名 _____
患者氏名:	所在地 _____
生年月日: 年 月 日	TEL _____
	FAX _____
	担当薬剤師名 _____
情報提供に対する患者同意: 無・有	面談者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外()

1	アレルギー歴	無・有	(症状や原因物質、時期等 具体的に)
2	副作用歴	無・有	(症状や原因薬剤、時期等 具体的に)
3	常用OTC/健康食品 サプリメントの使用	無・有	(商品名、使用法等 具体的に)
4	医師の指示による 入院前中止薬	無・有	(薬剤名と用法用量と中止日を具体的に)
5	服薬管理者 (管理方法)	本人・他	(管理者を記入。一包化・PTP・粉砕化。管理方法が特殊な場合に具体的に)
6	使用薬剤数	内服薬 _____ 剤、その他 _____ 剤	

備考(追記事項があればご記入お願いします)

この資料を病院に提出するよう、患者様にお伝えください。

入院後のフロー： 原本→病棟薬剤師確認→クラーク(カルテスキャン)→カルテ保管

2022年4月 川崎市立多摩病院薬剤部
(TEL: 代表044-933-8111, 内線3011 / FAX: 044-933-8359)

