（ 別紙様式1）

服薬情報等提供料に係る情報提供書

情報提供先医療機関名
千葉西総合病院

保険薬局の名称
電　　話
（F　A　X）
保険薬剤師氏名

患者氏名		性別 男・女	
生年月日　　年　　月　　日生（　　歳）			
入院予定日　20　　年　　月　　日		対応日　20　　年　　月　　日	
処方発行機関	①　　科（ ／　日分処方）　②		科（ ／　日分処方）
	③　　科（ ／　日分処方）　④		科（ ／　日分処方）

1：持参薬：実際に服用している物だけでなく現在処方期間内にあるもの全て

処方発行機関	医薬品名	用法用量	日数	内服指示	備考
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	
				□継続　□中止（ ／ から）	

2：アレルギー、副作用と思われる症状		3：併用薬剤等（OTC、健康食品を含む。）
□あり　□なし		□あり　□なし
原因物質・薬品名	症状	※ありの場合は下記に薬剤名等記載
		4：その他特記すべき事項

※ 記載に関する注意事項
・日数には持参日数を記載して下さい
・1，2，3は必ず書いてください（無ければ ☑なし の記載）。4はあれば記入してください

※ 準備に関する注意事項
・入院にあたり、服薬情報提供（本状）と必要な薬を**予定入院期間分＋α** をチャック付きビニール袋に一緒に入れて下さい
・現時点で服薬していない薬剤（季節性の薬、中止薬）はビニール袋に入れずに情報のみで構いません
・休薬中の薬は入院中に再開する可能性があるので、別の小分け袋に分けて下さい
・ビニールの中には用法毎に1回分ずつ小分け袋にまとめて下さい