

(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 **チバニシ薬局**
電 話 **047-0000-△△△△**
(F A X) **047-0000-□□□□**
保険薬剤師氏名 **チバニシ タロウ**

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|----|
| 患者氏名 千葉西 花子 | | 性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | | | |
| 生年月日 1962年 1月 1日生 (60歳) | | | | | |
| 入院予定日 2022年 11月 1日 | | | 対応日 2022年 10月 25日 | | |
| 処方発行機関 | ① 千葉西総合病院 循環器科(10/24 7日分処方) ② 千葉西総合病院 脳外科(9/1 90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 |
| ① | バイスピリン(100) | 1T1×朝 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| ① | イフィント(3.75) | 1T1×朝 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| ② | カルジロール(2.5) | 2T2×朝夕 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| ② | エリキュース(2.5) | 2T2×朝夕 | 3 | <input type="checkbox"/> 継続 <input checked="" type="checkbox"/> 中止(10/31から) | |
| ② | ジヤスピア(50) | 1T1×朝 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| ② | メトホルミン(250) | 3T3×毎食後 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| ② | ネリナム(20) | 1C1×朝 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止(/ から) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 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。) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 | | |
| 造影剤 カトピドゲル | | 掻痒感 出血 | 青汁 | | |
| | | | 4: その他特記すべき事項 | | |
| | | | 右耳難聴にて補聴器使用してます | | |

- ※ 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と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
- ・休業中の薬は入院中に再開する可能性があるため、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