

服薬情報提供書（入院）



«送信先»

大阪国際がんセンター

薬局D I 室 FAX06-6945-1199

別紙 2-2

大阪国際がんセンター

御中

記入日： 年 月 日

患者ID		保険薬局	
患者名		名称・所在地	
入院予定日		電話番号	
年 月 日・不明		FAX番号	
服用薬（頓服薬・一般用医薬品・健康食品等を含む）		薬剤師名	
医療機関（診療科・処方医）	処方日/調剤日	医薬品名	用法・用量
			備考
特記事項 （※すべての項目を記載する必要はありません。）			
副作用歴・アレルギー歴	食物 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明 薬剤 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明 その他 ☐ あり ☐ なし	該当食物： 該当薬剤： 該当物質：	□なし □なし □なし
服薬状況等 薬剤管理 ☐ 自己管理 ☐ 家族管理 ☐ 訪問St（NS ☐ 保険薬局 ☐ その他（ ） 薬効 ☐ 理解できている ☐ 概ね理解できている ☐ 理解していない 内服方法 ☐ 理解できている ☐ 概ね理解できている ☐ 理解していない 薬剤の開封 ☐ できる ☐ できない 服薬状況 ☐ 良い ☐ 時々忘れる ☐ 忘れる ☐ 拒薬あり 調剤方法 ☐ ヒート ☐ 1包化 ☐ 簡易懸濁法 ☐ 粉碎 服用方法 ☐ 経口 ☐ 経管（経鼻・胃ろう・腸ろう） ☐ その他（ ）			
特定薬剤の服用状況 ※以下の薬剤について、服用の有無と休薬中または休薬予定の確認をお願いします。			
抗凝固薬・抗血小板薬	☐ あり 薬剤名： ☐ 休薬中/予定（ 月 日から）[手術/検査のため・その他]		☐ なし
ビグアナイド系糖尿病治療薬	☐ あり 薬剤名： ☐ 休薬中/予定（ 月 日から）[手術/検査のため・その他]		☐ なし
ホルモン薬	☐ あり 薬剤名： ☐ 休薬中/予定（ 月 日から）[手術/検査のため・その他]		☐ なし
抗がん剤	☐ あり 薬剤名： ☐ 休薬中/予定（ 月 日から）[その他（ ）]		☐ なし
医療用麻薬	☐ あり 薬剤名：		☐ なし
その他特記事項 ☐ 薬剤師からの提案事項 ☐ 報告 ☐ 質問 ☐ 検査値に対する報告・提案 ☐ 患者への服薬指導上で注意すべき事項 ☐ その他			

O I C I	F A X 受信日	入院予定日	入院病棟	スキャン			
記載欄							