

服薬情報提供書 (入院)

大阪国際がんセンター

宛



«送信先»

大阪国際がんセンター

薬局D I室 FAX 06-6945-1199

記入日: 年 月 日

| | | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 患者ID | | | 保険薬局 名称・所在地 | | |
| フリガナ 患者名 | 様 | | 電話番号 | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | FAX番号 | |
| 入院予定日 | 年 | 月 | 日・不明 | 薬剤師名 | |
| 服用薬 (頓服薬・一般用医薬品・健康食品等を含む) | | | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> あり | 該当食物: | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 薬剤 | <input type="checkbox"/> あり | 該当薬剤: | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 不明 |
| | その他 | <input type="checkbox"/> あり | 該当物質: | <input type="checkbox"/> なし | |
| 服薬状況等 | | | | | |
| *薬剤管理 | <input type="checkbox"/> 自己管理 | <input type="checkbox"/> 家族管理 | <input type="checkbox"/> 訪問St (NS) | <input type="checkbox"/> 保険薬局 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| *薬効 | <input type="checkbox"/> 理解できている | | <input type="checkbox"/> 概ね理解できている | | <input type="checkbox"/> 理解していない |
| *内服方法 | <input type="checkbox"/> 理解できている | | <input type="checkbox"/> 概ね理解できている | | <input type="checkbox"/> 理解していない |
| *薬剤の開封 | <input type="checkbox"/> できる | | <input type="checkbox"/> できない | | |
| *服薬状況 | <input type="checkbox"/> 良い | <input type="checkbox"/> 時々忘れる | <input type="checkbox"/> 忘れる | <input type="checkbox"/> 拒薬あり | |
| *調剤方法 | <input type="checkbox"/> ヒート | <input type="checkbox"/> 1包化 | <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 | <input type="checkbox"/> 粉砕 | |
| *服用方法 | <input type="checkbox"/> 経口 | <input type="checkbox"/> 経管 | (経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) | | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> あり | 薬剤名: | | <input type="checkbox"/> なし | |
| | <input type="checkbox"/> 休薬中/予定 | (月 日から) [手術/検査のため・その他] | | | |
| *ビグアナイド系糖尿病治療薬 | <input type="checkbox"/> あり | 薬剤名: | | <input type="checkbox"/> なし | |
| | <input type="checkbox"/> 休薬中/予定 | (月 日から) [手術/検査のため・その他] | | | |
| *SGLT2阻害薬 | <input type="checkbox"/> あり | 薬剤名: | | <input type="checkbox"/> なし | |
| | <input type="checkbox"/> 休薬中/予定 | (月 日から) [手術/検査のため・その他] | | | |
| *女性ホルモン薬関連 (SERMを含む) | <input type="checkbox"/> あり | 薬剤名: | | <input type="checkbox"/> なし | |
| | <input type="checkbox"/> 休薬中/予定 | (月 日から) [手術/検査のため・その他] | | | |
| *抗がん薬 | <input type="checkbox"/> あり | 薬剤名: | | <input type="checkbox"/> なし | |
| | <input type="checkbox"/> 休薬中/予定 | (月 日から) [その他 ()] | | | |
| *医療用麻薬 | <input type="checkbox"/> あり | 薬剤名: | | <input type="checkbox"/> なし | |
| その他特記事項 | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|-----------|-------|------|-----|---------|-----|
| O I C I 記載欄 | F A X 受信日 | 入院予定日 | 入院病棟 | 診療科 | 入院前お薬外来 | 確認日 |
| | | | | | | |