

入院前服薬状況等に係る情報提供書 (DM教育入院)

報告日 : _____年____月____日

患者名 :			保険薬局名称	
患者ID :				
生年月日 :			歳	電話番号 :
入院予定日		推定入院 日数	3~4週 程度	F A X 番号 :
				薬剤師名 :

・下記項目 (①~⑤) を確認・記載し、**入院予定日 4 日前・15 時迄に** F A X をお願いします

① アレルギー歴、副作用歴、禁忌薬等(造影剤含む) : なし あり

該当薬剤、発現時期、発現時の状況等 :

② 服薬管理者 : 本人 家族 () 介助者 ()

調剤方法 : P T P 一包化 粉碎 その他 ()

服薬状況 : 良好 時々忘れる 忘れる その他 ()

服薬状況に関する留意点 :

③ 一般用医薬品、健康食品、サプリメント等 : なし あり

名前、服用方法 :

※入院時に持ってこないようお伝え下さい。入院前、退院後の服用は問題ありません。

④ 現在服用、使用中の全薬剤 (皮下注射や月 1 回服用、使用薬等含む)

※用法用量、屋号も参照するため、お薬手帳等の写しを添付して下さい。

現段階で中止している薬剤、自己調節している薬剤等 (理由も含めて記載してください。)

院内投与されている注射剤の薬品名、最終投与日、投与間隔を記載してください。

⑤ **<お願い> 入院時に『入院時点で服用、使用している薬のみ』『当院糖尿病内科の処方薬はお手持ちの残薬
その他の処方薬は30日分』持参するよう説明して下さい。**

入院時に持参する薬・日数等の説明 : 説明済み

◎ 上記で記載頂いたFAX番号 (調剤薬局) へ退院時点の使用薬剤について所定の様式で返信させて頂く場合があります。その際には、今後の服薬指導にお役立て頂けると幸いです。