

検査・入院前服薬情報提供書

【報告日】令和 年 月 日

情報提供先医療機関

長良医療センター

診療科

担当医師

先生

平素より大変お世話になっております

入院・検査 に伴い、下記の通り、対応いたしましたのでご報告いたします。

薬局名 / 連絡先 / 薬剤師氏名

使用薬（医療機関・診療科名・処方医名 / 処方日または調剤日 / 医薬品名・用法・用量等）

☐ 別紙参照 ☐ 追加情報あり

【調査日】令和 年 月 日

調剤上の留意点（粉碎・別包等）

☐ 一包化

☐ 粉碎

☐ 簡易懸濁

服用困難な剤形

☐ なし

☐ カプセル

☐ 錠剤

☐ 散剤

☐ 水剤

☐ その他（ ）

副作用歴・アレルギー歴

☐ あり

☐ なし

一般用医薬品・健康食品等

☐ あり

☐ なし

服薬状況等

① 服薬介助

☐ 自己管理

☐ 要介助

➡ 薬の管理・介助者 [

② コンプライアンス

☐ 良

☐ 不良

③ 薬の理解度

☐ 良

☐ 不良

検査前・手術前における中止薬対応状況（対応薬剤 / 中止期間）

【対応日】令和 年 月 日

☐ 服薬中止指導

☐ ご本人へ説明を行いました（患者様自身で休薬を管理する）

☐ ご家族や介助者へ説明を行いました（ご家族や介助者で休薬を管理する）

☐ ご本人やご家族・介助者へ説明を行い、薬局にて抜き取り・仕分け等の対応を行いました

☐ 一包化から中止薬除去

対象薬 [

]* 依頼書に記載の無い薬剤に関しては、

☐ 他該当薬剤あり

対象薬 [

必ず**疑義照会**を行い対応すること

★ステロイドに関する情報

☐ 該当薬剤あり

☐ 調査した範囲で該当薬剤はありません

（医薬品名 / 用法用量 / 投与期間）

* 直近一年に投与された薬剤が対象

★ワクチン接種に関する情報

☐ 該当製剤あり

☐ 調査した範囲で該当製剤はありません

（接種ワクチン名 / 接種日）

* 直近一年に投与された製剤が対象

☐ インフルエンザ

[令和 年 月 日]

☐ COVID-19

[令和 年 月 日]

☐ その他（

）

☐ 带状疱疹

[令和 年 月 日]

☐ 肺炎球菌

[令和 年 月 日]

[令和 年 月 日]

[令和 年 月 日]

その他特記事項（患者への服薬指導上で注意すべき事項等）

【送信先】長良医療センター 地域連携室 FAX番号：058-295-0077