**入　院　時　情報提供書**

　令和　　　年　　　月　 　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな患者氏名　　　　　　　　　　　　　　 様生年月日　 M・T・S・H・R 年　　月　　日生（　　　歳）住 所電話番号 |  情報提供元の施設名称及び連絡先電話番号：FAX　：　E-mail：薬剤師氏名： |
| 医療機関（診療科名、処方医名）／処方日又は調剤日 ／ 医薬品名／ 用法・用量　お薬情報添付します（別紙） |
| 1. 調剤上の留意点（一包化、別包、粉砕、自己調節等）
 |
| 1. 服薬指導上の留意点（身体的特徴、嚥下状態、認知機能状況等）
 |
| 1. アレルギー・副作用歴

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 1. 服薬記録、ＯＴＣ薬、サプリメント等の服用状況
 |
| 1. 家族構成
 |
| ⑥ その他特記事項（処方目的、患者への服薬指導上で注意すべき事項等） |