

作成日

# 「服用中医薬品 情報提供書」

ID			
患者氏名			
性別		生年月日	

薬剤アレルギー歴	無・有	薬剤名・症状をご記入お願いします。
薬剤副作用歴	無・有	薬剤名・症状をご記入お願いします。
入院前中止薬剤	無・有	処方医より指示がある場合、薬剤名・用法用量・中止日をご記入お願いします。
管理状況	本人・他	本人以外の場合、管理者をご記入お願いします。
自己調整薬	無・有	処方医より自己調節の指示があれば、薬品名・用法用量など具体的に「薬情」又は「備考欄」へご記入お願いします。
常用OTC	無・有	商品名をご記入お願いします。(原則入院中は禁止)
常用健康食品 サプリメント等	無・有	商品名をご記入お願いします。(原則入院中は禁止)

※ 服用中の医薬品情報に関しましては、原則として薬剤情報提供文書「薬情」を添付してください。

医療機関名:

診療科名:

処方医師:

NO.	医薬品名・メーカー名・規格単位	1日量	用法・用量	日数	備考(分包・刻印等)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

横浜栄共済病院薬剤科記載欄

お預かりリスト	<input type="checkbox"/> お薬手帳	冊	監査者	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> お薬の説明書	枚		<input type="checkbox"/>
2日目以降 のお薬	<input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/>
お預かりしたものがあ場合は、持参薬報告と共に、病棟にお渡します				

薬局名

住所

電話番号

薬剤師名