

年 月 日

※退院時には別途「薬剤管理サマリー」（日本病院薬剤師会作成）等を用いた情報共有・提供にご協力ください

〇〇〇〇病院

御中

報告日： 2025 年 12 月 12 日

添付資料 ☒ 無 ☐ 有 ( 枚：この用紙を含む)

貴院へ入院予定の患者様の服薬状況について、ご報告いたします。

## 1. 患者情報

患者番号： 12345678

患者氏名： 日病 花子

生年月日： 1955 年 4 月 15 日

入院診療科： 整形外科

入院予定日： 2025 年 12 月 19 日

## 情報提供元

名称 (所在地・電話番号・FAX番号)

〇〇市〇〇区〇〇

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

薬剤師名： 薬剤 太郎

入院予定日の **2週間前～5日前**を目安に確認した情報を記載し、提出してください。

ゴム印の押印でもOKです。

「入院診療科」は  
**必須項目**とします。

## 2. 服薬状況および伝達事項

服薬管理状況	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 施設スタッフ管理	<input checked="" type="checkbox"/> 介助者(家族等含む)管理	<input type="checkbox"/> その他( )
調剤方法	<input type="checkbox"/> P T P	<input checked="" type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁	<input type="checkbox"/> 粉砕
投与経路	<input checked="" type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> その他( )	
アドヒアランス状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 多少問題あり(昼食後の飲み忘れ)	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> その他( )
服用開始して4週間以内の薬剤	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(プレガバリン0D錠 (25) 服用開始時期：2025年12月2日)		
服薬情報等提供料2の算定	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり：直近の算定年月日 年 月 日		
認知機能低下の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(指標としたツール：HDS-R 24点)		
市販薬・サプリメント	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )	<input type="checkbox"/> 不明	
副作用・アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(ロキソプロフェンで胃部不快感)		
生活歴・嗜好品(アルコール等)	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(喫煙)		
医師の指示による入院前中止薬	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(医薬品名：アスピリン腸溶錠 12月13日より中止)		
中止薬に関する 薬剤師からの指導内容	アスピリン腸溶錠が12月13日より中止となりました(12月20日に手術予定)。 一包化調剤されているため、かかりつけ薬局にてアスピリン腸溶錠を抜いて貰う。			
対応事項	<input checked="" type="checkbox"/> 残薬調整	<input checked="" type="checkbox"/> 中止薬対応(医薬品名/対応方法：アスピリン腸溶錠/一包化から除薬)		
	<input type="checkbox"/> 情報提供	<input type="checkbox"/> その他( )		
退院時にお願ひしたいこと	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(退院時処方是一包化調剤をお願いします)		
その他	服薬補助ゼリーを用いて服薬			

服用開始して4週間以内の薬剤については、服用開始時期等の詳細を記載してください。

「退院前カンファレンスが開催されるようであれば、お声をかけを希望します」のような内容でもOKです。

## 3. 受診中の医療機関、診療科、保険薬局に関する情報

番号	保険医療機関	診療科	備考(受診・通院目的等)
1	〇〇病院	内科	
2	〇〇眼科	眼科	
3	〇〇整形外科	整形外科	

医薬品名は、商品名での記載で問題ありません。

手帳用シールの貼付や、書類の添付でもOKです。

## 4. 現在使用中の薬剤 (手帳用シールの貼付や、内容がわかる書類の添付でもOK)

「3」の 医療機関 番号	医薬品名	用法・用量	日数	備考・特記事項 (自己調節/留意点等)
1	アムロジピン0D錠 (5)	1日1回朝食後 1回1錠	7日	
1	インスリンリスプロ	1日3回毎食直前皮下注	7日	朝8単位、昼6単位、夕6単位
1	アスピリン腸溶錠 (100)	1日1回朝食後 1回1錠	0日	12月13日より中止しています
2	ラタノプロスト点眼液0.005%	1日1回就寝前 1回1滴	2本	
3	プレガバリン0D錠 (25)	1日2回朝夕食後 1回1錠	7日	12月2日より服用開始しています

『用法・用量』に書ききれない場合、『備考・特記事項』に記載してください。

この情報を伝える上で、患者からの同意を ☒ 得た (代諾者続柄： )  
☐ 得ていないが、治療上重要と考えられるため、報告する

《医療機関記入欄》情報提供ありがとうございます。

☐ 報告内容を確認し、関連部署に報告しました。☐ その他 ( ) 医療機関名：

FAX番号：

返信日： 年 月 日 記入者：

※退院時には別途「薬剤管理サマリー」(日本病院薬剤師会作成)等を用いた情報共有・提供にご協力ください