

御中

報告日 :

年 月 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 :			
患者氏名 :			
生年月日 :	年	月	日
入院診療科 :			
入院予定日 :	年	月	日

## 情報提供元

名称 (所在地・電話番号・FAX番号)
薬剤師名 :

## 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 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 type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 簡易懸濁	<input type="checkbox"/> 粉碎
投与経路	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> その他( )	
アドヒアラנס状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 多少問題あり( )		<input type="checkbox"/> 不良
服用開始して4週間以内の薬剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )		服用開始時期 : ( )
服薬情報等提供料2の算定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり : 直近の算定期間年月日 年 月 日		
認知機能低下の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(指標としたツール : )		
市販薬・サプリメント	<input 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 type="checkbox"/> あり( )		
生活歴・嗜好品(アルコール等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )		
医師の指示による入院前中止薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(医薬品名 : )		
中止薬に関する 薬剤師からの指導内容				
対応事項	<input type="checkbox"/> 残薬調整	<input type="checkbox"/> 中止薬対応(医薬品名/対応方法 : )		
	<input type="checkbox"/> 情報提供	<input type="checkbox"/> その他( )		
退院時にお願いしたいこと	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )		
その他				

## 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			
2			
3			

## 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)

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 :

## 様式 2

## 入院前薬剤関連情報提供書《日病葉版》 Ver.1.0

○○○○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。

入院予定日の2週間前～5日前  
を自ら確認した情報を記載し、提出してください。

## 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

「入院診療科」は  
必須項目とします。

## 情報提供元

名称（所在地・電話番号・FAX番号）  
○○市○○区○○  
○○○-○○○-○○○○  
薬剤師名： 薬剤 太郎

ゴム印の押印でもOKです。

## 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"/> 粉碎
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(毎食後の飲み忘れ)	<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OD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"/> 残業調整	<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/一包化から除葉)		
退院時にお願いしたいこと	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり(退院時処方は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	○○病院	内科	
2	○○眼科	眼科	
3	○○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。

## 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)

「○」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OD錠(5)	1日1回朝食後 1回1錠	7日	
1	インスリリンリスプロ	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OD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：  
記入者：

返信日： 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。