島田市立総合医療センター　薬剤部　御中

患者情報提供書　　（西暦）　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  患者氏名 | | | |  | | | | 男  ・  女 | | | | 大正  昭和  平成 | 年　　　月　　　　日　生 | | |
| 処　方　薬（島田市立総合医療センター以外の薬） | 病院・医院明 | | | | 最終処方日 | 処方日数 | | |  | | | 処方薬・用法（後発品は先発品を併記のこと） | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  | | | | | | |
| 調剤上の注意 | | （１包化　等） | | | | | | | 服薬管理 | | 1. 自己管理 2. 補助管理者あり   コメント（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| １．服薬状況良好　２．おおむね良好  ３．やや不良　　　４．不良  コメント（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 趣向 | 車の運転　１．する　　　２．しない  アルコール　１．飲む（頻度・量：　　　　　　　　　　　　　）　２．飲まない  たばこ　１．吸う（頻度・量：　　　　　　　　　　　　　　　）　２．吸わない  サプリメント　１．あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　２．なし | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー歴 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | （指導歴等書ききれない場合は別紙（Ａ４）を添付する） | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬局名 | | |  | | | | Tel | | |  | | | | 作成者 |  |
| Fax | | |  | | | |