

# 入院時お薬情報提供書（周術期）



《送信先》  
高岡市民病院 薬剤科  
FAX: 0766-26-2883

(原本は当院地域医療部宛てに郵送ください)

高岡市民病院 薬剤科 宛

患者ID		保険薬局 名称・所在地	
患者名	様		
生年月日	年 月 日	電話番号	
入院予定日	年 月 日	FAX番号	
診療科		薬剤師名	

作成日		基本情報最終確認日	
基本 情報	アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> 不明
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> 不明
	OTC・サプリメント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> 不明
	服薬アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	
	内服管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

服薬中の 薬剤情報				
	周術期中止すべき薬剤の有無		せん妄リスクのある薬剤の有無	
	<input type="checkbox"/> なし	該当薬剤名	<input type="checkbox"/> なし	薬剤名・服薬状況
	<input type="checkbox"/> あり	<ul style="list-style-type: none"> <li>抗血小板薬/抗凝固薬</li> <li>SERM</li> <li>低用量ピル</li> <li>ナルメフェン</li> <li>ビグアナイド系</li> <li>SGLT2阻害薬</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BZ系/BZ系類薬</li> <li>抗うつ薬(三環系)</li> <li>抗パーキンソン病薬</li> <li>ステロイド</li> <li>オピオイド など</li> </ul>	

※患者情報で伝達が必要と思われる内容をご記載ください。(問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等)

特記事項	
------	--

※記入欄が不足する場合は、適宜別紙を追加し添付ください。