|  |  |
| --- | --- |
| **持込(予定)薬局名：** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病　院　記　入　欄 | 患者氏名 | 病院名：連絡先TEL：FAX： |
| 生年月日 | T・SH・R |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 入院予定日 | R |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 入院予定日数 |  | 日 |
| 手術予定 | □ | なし | □ | あり |
| その他：  |  |
|  |
|  |
| 薬　局　記　入　欄（把握可能な範囲で） |  | 該当薬剤 | 発現時期 | 症状 |
| アレルギー歴 | □ | なし | □ | あり |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 副作用歴 | □ | なし | □ | あり |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 調剤方法 | □ | PTP | □ | 一包化 | □ | 簡易懸濁 | □ | 粉砕 | □ | その他： |
| 自宅での服薬管理者 | □ | 本人 | □ | 家族 | □ | 訪看・ヘルパー等 | □ | その他： |
| 服薬状況 | □ | 良好 | □ | 時々忘れる | □ | よく忘れる | □ | 拒薬あり | □ | その他： |
| 一般用医薬品・健康食品等 | □ | なし | □ | あり： |
| お薬手帳 | □ | なし | □ | あり： |
| その他：  |
|  |

入院準備連絡票

様式１

薬局名：

連絡先

TEL：

FAX：