**使用中医薬品情報提供書**

川崎市立川崎病院　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 作成年月日 | 　　年　　　　月　　　　日 |
| 作成保険薬局所在地 |  |
| 作成保険薬局名称 |  |
| 電話 |  |
| 保険薬剤師名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 様 | 性別 | 男　・　女　 |
| 生年月日 | 　　年　月　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬剤アレルギー歴 | 無・有 | 症状や原因薬剤等詳細 |
| 副作用歴 | 無・有 | 症状や原因薬剤等詳細 |
| 入院前中止薬剤 | 無・有 | 処方医から指示がある場合 |
| 管理状況 | 本人・他 | 他の場合管理者を記載してください |
| 自己調節薬 | 無・有 | 医師による自己調節指示は用法用量欄に記載してください |
| OTC薬の服用 | 無・有 | 薬品名・用法を記載してください |
| 健康食品・サプリメントの服用 | 無・有 | 品名等を記載してください |
| その他 | 特機事項・アドヒアランスについて記載してください |

**※使用中の医薬品情報は、薬剤情報提供文書「薬情」を添付するか、以下に記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 医薬品名（規格単位） | 一日量 | 用法・用量 | 処方医療機関 | 備考 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |