

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					