

「使用中医薬品情報提供書」

		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	薬剤名・症状をご記入お願いします。			
薬剤副作用歴	無・有	薬剤名・症状をご記入お願いします。			
入院前中止薬剤	無・有	処方医より指示がある場合、薬剤名・用法用量・中止日をご記入お願いします。			
管理状況	本人・他	本人以外の場合、管理者をご記入お願いします。			
自己調整薬	無・有	処方医より自己調節の指示があれば、薬品名・用法・用量など具体的に「薬情」又は「備考欄」へご記入お願いします。			
常用OTC	無・有	商品名を記載ください。(原則入院中は禁止)			
常用健康食品 サプリメント等	無・有	商品名を記載ください。(原則入院中は禁止)			

※使用中の医薬品情報に関しましては、原則として、以下にご記入ください。

医療機関名： 診療科名： 処方医師：

No.	医薬品名・メーカー名 規格単位	1日量	用法・用量	日数	備考(分包・刻印等)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

横浜南共済病院薬剤科記載欄

薬局名

- お預かりリスト お薬手帳 冊 監査者
 お薬の説明書 枚
2日目以降のお薬 あり
 なし

住所
電話番号
薬剤師名

お預かりしたものがあ場合は持参薬報告と共に、病棟にお渡します