**入院時薬剤情報提供書**

令和〇年〇月〇日

保険薬局：新潟市〇〇調剤薬局〇〇店

TEL： FAX：

保険薬剤師：〇〇　〇〇

新潟医療生活協同組合木戸病院

TEL：025-273-2151

FAX：025-273-1520

新潟医療生活協同組合木戸病院 薬剤部　様

**特記事項**：

患者氏名：　　　　　　　　　様（ID：　　　　　　・不明）　　　　性別：

生年月日：　　年　　月　　日生（　　歳）

【①現在服用中の薬剤一覧】※お薬手帳のシールを貼付（次ページの有無：あり・なし）

【③上記以外の併用薬】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医薬品名 | 用量 | 用法 | 形態 | 医療機関/診療科 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

【④その他：副作用歴/アレルギー歴等】

【②現在服用中の薬剤一覧】※お薬手帳のシールを貼付