

確認日： ____ 年 ____ 月 ____ 日

病院名

御中

入院時薬剤情報提供書

入院予定日		診療科	
カナ 患者氏名		患者 ID	
		生年月日	

※ 日数は揃えず、実際の数に記載しています。

※ 薬剤の欄が足りない場合は、本用紙を No.1、No.2 として複数使用します。

現在服用中の薬剤情報(お薬手帳コピー貼付可)					
	薬剤名	1日用量	用法	確認日の 残日数	入院日以降 の残日数
①					
②					
③					
④					
⑤					
⑥					
⑦					
⑧					
⑨					
⑩					
⑪					
⑫					
⑬					
⑭					
⑮					

処方元・薬局名	
中止薬名	
特記事項	

薬 局 名	
薬 局 住 所	
T E L	
F A X	
担当薬剤師	