

令和5年10月26日

保険薬局部会会員及び  
院外処方箋応需薬局各位

一般社団法人 広島市薬剤師会  
会 長 中 野 真 豪  
担当副会長 竹 本 貴 明

### 入院前服薬状況等にかかる情報提供書について

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は本会の事業運営に対し格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、広島赤十字・原爆病院より入院前服薬状況等にかかる情報提供について別紙の通り連絡がございましたのでお知らせ致します。

なお、ご質問などございましたら、広島赤十字・原爆病院薬剤部（082-241-3111 内線6927）までご連絡くださいますようお願いいたします。

令和5年10月25日

一般社団法人 広島市薬剤師会 御中

広島赤十字・原爆病院薬剤部  
薬剤部長 檜本考司

## 入院前服薬状況等にかかる情報提供書について（お願い）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、誠にありがとうございます。

さて、令和4年度調剤報酬改定にて保険薬局から医療機関に対する入院前患者の情報提供を算定要件とする服薬情報提供料<sup>3</sup>が新設されました。これに伴い当院から保険薬局様宛に「入院前服薬状況等にかかる情報提供書」を用いた情報提供をお願いする運用を開始いたしますので、お知らせいたします。

つきましては、大変お手数をおかけいたしますが、貴会会員の皆様にご協力いただけますようご周知のほどよろしく願いたします。

敬具

### 記

1. 運用概要：添付資料1
2. 「入院前服薬状況等にかかる情報提供書」書式および記載例：添付資料2
3. 運用開始日時：令和5年11月6日(月)

以上

## 当院の「入院前服薬状況等にかかる情報提供書」の運用概要

- ①当院入退院センターにて看護師・薬剤師が「患者向け説明文書」を用いて入院予定患者に説明し保険薬局への依頼を促す。この時「保険薬局向け依頼文書」と入院日・中止薬等を記載した「入院前服薬状況等にかかる情報提供書」を合わせて手渡す。
- ②患者は情報の提供と薬剤の整理を保険薬局に依頼する。このとき①の文書と服用中の薬、お薬手帳を保険薬局に提出する。
- ③保険薬局は「入院前服薬状況等にかかる情報提供書」の記載、持参薬の整理、中止薬を一包化から抜薬、中止薬の明示・説明など依頼に対応する。
- ④保険薬局は患者に②で預かった文書、お薬手帳、整理済薬剤を患者に返却する。
- ⑤患者は④で受け取った文書、お薬手帳、整理済薬剤を入院日に当院へ持参する。

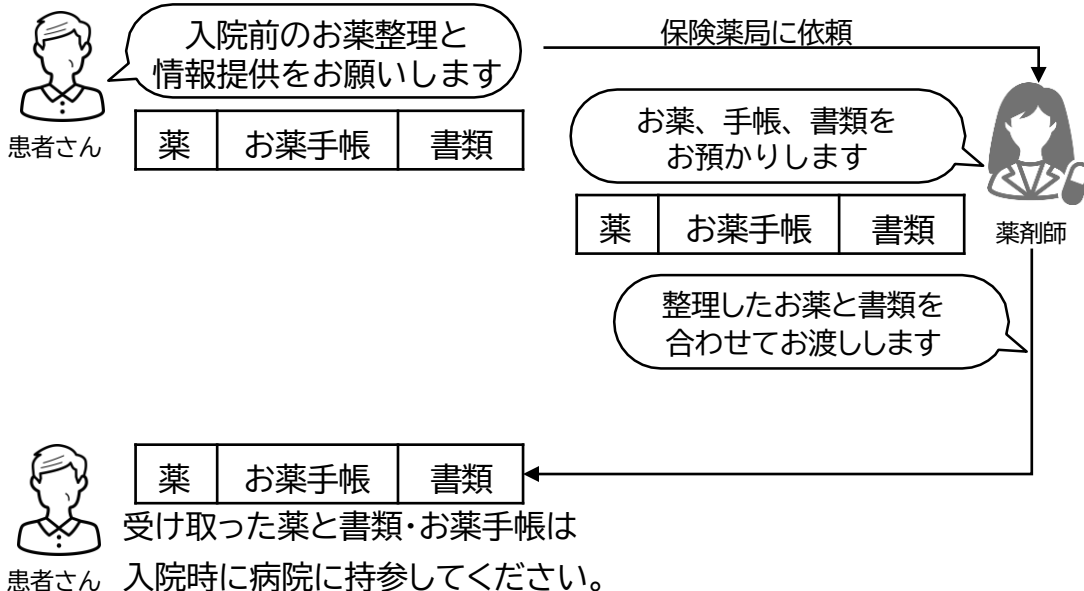
### 「患者向け説明文書」の抜粋

本日

入院前の早い時期に保険薬局に依頼してください

保険薬局へ、以下を持参してください。  
※ご本人が来局できない場合は、薬局にご相談ください。

1. 普段のお薬全部(他の薬局分もすべて)
2. お薬手帳
3. 本日お渡しした書類
  - ・ 本書(保険薬局での服薬情報提供、整理を依頼してください)
  - ・ 広島赤十字・原爆病院ご入院予定患者さんの服薬情報提供、整理のお願い
  - ・ 入院前 服薬状況等にかかる情報提供書



ご入院日



保険薬局で服薬情報提供、お薬整理を依頼してください  
(内服、外用、注射薬のお薬を使っている方のみ)

令和4年度より、入院治療の安心・安全な医療の継続のために、患者さんのお薬に関する情報を保険薬局（調剤薬局）の薬剤師から病院に対して提供することが推進されています。複数のお薬をお使いの場合は特に大切なことです。今回のご入院に当たり、かかりつけの保険薬局（調剤薬局）へ情報提供の依頼とお薬の内容確認・整理を依頼してください。入院までに日程的な余裕がない場合は入院時に当院の薬剤師・看護師へお伝えください。複数の保険薬局（調剤薬局）をご利用の場合は、ひとつの薬局に他の薬局で調剤されたお薬もお持ちになり、対応を依頼してください。この場合、保険薬局にて服薬情報等提供料50点（3割負担150円）の対象となることがあります。（2023年10月時点）

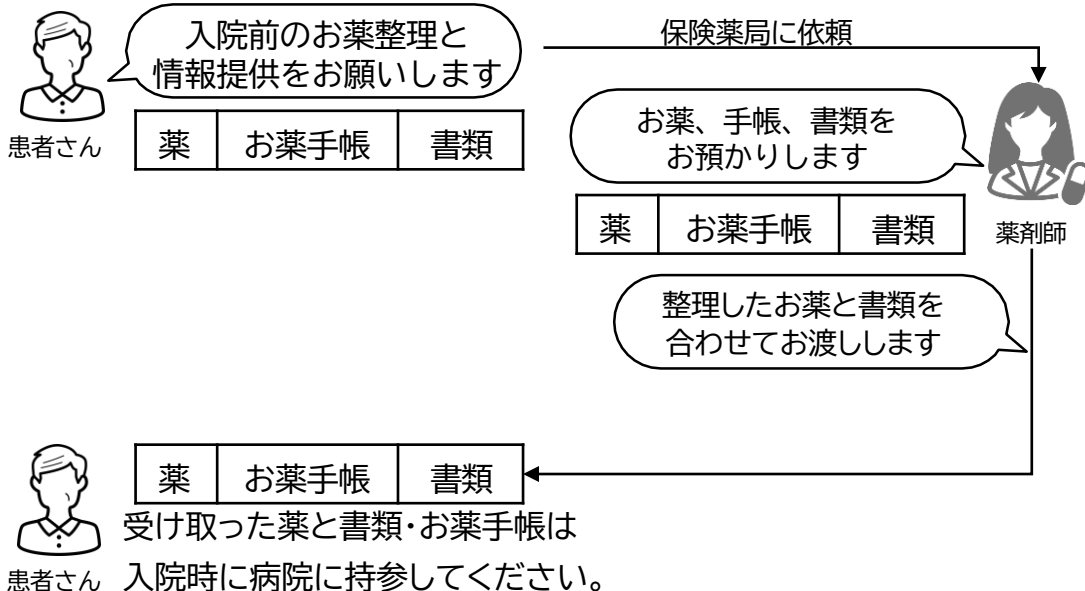
本日

入院前の早い時期に保険薬局に依頼してください

保険薬局へ、以下を持参してください。

※ご本人が来局できない場合は、薬局にご相談ください。

1. 普段のお薬全部(他の薬局分もすべて)
2. お薬手帳
3. 本日お渡しした書類
  - ・ 本書(保険薬局での服薬情報提供、整理を依頼してください)
  - ・ 広島赤十字・原爆病院ご入院予定患者さんの服薬情報提供、整理のお願い(裏面)
  - ・ 入院前 服薬状況等にかかる情報提供書



ご入院日



## 保険薬局各位

### 広島赤十字・原爆病院ご入院予定患者さんの服薬情報提供、整理のお願い

患者さんのご入院に当たり、保険薬局より情報提供をいただくことで、持参薬管理の効率化と入院中の治療の質向上のために、その情報を多職種で共有しております。これまでも、ご連絡いただいた日常の服薬状況は、治療の質向上や安心安全な医療の提供につながっております。

普段調剤を行っている患者さんがご相談にお越しになった際には、何卒ご協力を賜りますようお願いいたします。

#### 保険薬局にお願いしたいこと

- 服薬状況の確認による情報提供書（当院書式）の作成をお願いいたします。
- 入院予定期間を確認、予定期間分の薬を整理して薬袋に分け、入院時は整理された薬のみを持参するよう説明する。なお、頓用薬、外用薬、自己注射薬などは別途持参するよう説明する。（残数（〇月〇日まで）をご確認いただくと大変ありがたいです。）
- 休薬指示のある薬は確実に休薬ができるよう、必要に応じ一包化から抜薬するなど、取り分ける。なお、休薬対象の薬は入院中に再開することがあるので、入院時は他の持参薬と合わせてご持参いただく。
- 入院前指定日より開始する薬剤が当院より処方される場合があります。当院でも説明しておりますが、処方箋コメント、情報提供書の記載を参考に患者様が理解されているか確認をお願いいたします。
- 服薬について嚥下補助剤が必要、大きい錠剤が飲めないなど特記事項を伝達ください。
- 電子お薬手帳については一部の形式に対応しておりますので当院へ確認するよう患者さんにお伝えください。

#### ご不明点について

担当薬剤師がお受けいたしますので、下記の連絡先にご連絡をお願いします。

当院電話受付に内線番号(6927)までお伝えください。

業務の状況によってはその場で承れないことがあります。その際は折り返しお電話を差し上げます。

#### 予定入院日数について

ご入院説明の際にお聞きになり、患者さんがご記憶されている日数を目安としてください。ご不明の場合は2週間を目安にご対応をお願いいたします。

2023年10月23日

広島赤十字・原爆病院 薬剤部

082-241-3111(代)→内線6927

# 入院前 服薬状況等にかかる情報提供書

報告日： 年 月 日

広島赤十字・原爆病院 ID： 生年月日： 年 月 日 患者氏名：	保険薬局（名称） 住所： 電話番号： ハイフンなし FAX番号：
入院予定日 年 月 日 入院期間の目安 日間 入院目的：手術 内視鏡 ｶｰﾃﾙ(造影) その他	担当薬剤師： 様

本情報を伝えることについて、患者もしくは家族等の同意の有無  
 同意を得た（本人 家族等（ ））  同意を得ていない

入院前中止薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 中止薬はその他の薬剤とは別の薬袋またはチャック袋に分けてください （一包化されている場合は入院期間を目安に別包にしてください）	中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止) 中止薬： ( 月 日より中止)
---	--

入院前開始薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	開始薬： ( 月 日より開始) 開始薬： ( 月 日より開始) 開始薬： ( 月 日より開始)
---	---

薬剤アレルギー歴  なし  不明  あり（薬剤名、症状記載してください）

副作用歴  なし  不明  あり（薬剤名、症状記載してください）

管理方法  自己  家族等  訪問薬剤師  訪問看護師  その他の工夫（以下に詳細記載）  
 カレンダー  一包化  PTPシート ※訪問にて管理している場合は頻度を教えてください

服薬状況  良好  不良（一部・全体・日による・その他）  
 患者自身が主たる疾患の治療目的と使用する薬剤・注意点について理解している  
 上記の理解は十分でないが指導と家族等のサポートにより対応可能  
 サポートが不十分なため対応に注意が必要（備考に詳細記載）

服薬評価  剤型に関係なく飲み込める  補助ゼリーを使用している  大きい薬剤は困難  
 経管投与（経鼻、胃瘻、その他）→  簡易懸濁法  粉碎調剤  その他

OTC・サプリメント  なし  あり（以下に詳細記載）

お薬手帳  あり  なし  
 電子お薬手帳→読み取り不可の場合もあるため印刷して持参するようお伝えください

【お願い】入院に当たり、患者手持ち薬剤の整理をお願いいたします。

# 入院前 服薬状況等にかかる情報提供書

報告日: 年 月 日

枚数: 枚目 / 全 枚

)

※他薬局調剤分を含めて使用中のすべての最新情報を記載してください。

※用量: 定期服用薬は1日量表記、頓服薬は1回量で記載してください。

※欄不足の場合はコピーにて追加してください→追加した場合(患者氏名:

※お薬手帳や貴局書式の送付も可。

	処方医療機関	医薬品名	用量	用法	調剤形態 (○をつけてください)	入院時残日数
1					PTP・一包化・外用・他	
2					PTP・一包化・外用・他	
3					PTP・一包化・外用・他	
4					PTP・一包化・外用・他	
5					PTP・一包化・外用・他	
6					PTP・一包化・外用・他	
7					PTP・一包化・外用・他	
8					PTP・一包化・外用・他	
9					PTP・一包化・外用・他	
10					PTP・一包化・外用・他	
11					PTP・一包化・外用・他	
12					PTP・一包化・外用・他	
13					PTP・一包化・外用・他	
14					PTP・一包化・外用・他	
15					PTP・一包化・外用・他	
16					PTP・一包化・外用・他	
17					PTP・一包化・外用・他	
18					PTP・一包化・外用・他	
19					PTP・一包化・外用・他	
20					PTP・一包化・外用・他	
21					PTP・一包化・外用・他	
22					PTP・一包化・外用・他	
23					PTP・一包化・外用・他	
24					PTP・一包化・外用・他	
25					PTP・一包化・外用・他	
26					PTP・一包化・外用・他	

備考 (特記事項を記載してください)

入院前 服薬状況等にかかる情報提供書

報告日: 2023年 9月 10日

枚数: 1 枚目/全1 枚

記載例

広島赤十字・原爆病院 ID: 012345678  生年月日: 2000 年 1月 1日  患者氏名: 日赤 太郎	保険薬局(名称) A薬局  住所: 広島市南区南蟹屋2丁目3-1  電話番号 082〇〇〇〇〇〇〇〇 ハイフンなし FAX番号 082〇〇〇〇〇〇〇〇
入院予定日 2023年 10月 1日 入院期間の目安 14 日間 入院目的: (手術) 内視鏡 ガーテル(造影) その他	担当薬剤師: 広島 太郎 様

本情報を伝えることについて、患者もしくは家族等の同意の有無  
 同意を得た (  本人  家族等 ) )  同意を得ていない

入院前中止薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 中止薬はその他の薬剤とは別の薬袋またはチャック袋に分けてください (一包化されている場合は入院期間を目安に別包にしてください)	中止薬: バイアスピリン ( 9月26日より中止) 中止薬: ( 月 日より中止) 中止薬: ( 月 日より中止) 中止薬: ( 月 日より中止) 中止薬: ( 月 日より中止) 中止薬: ( 月 日より中止)
--	--

入院前開始薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	開始薬: レボフロキサシン錠 ( 9月 30日より開始) 開始薬: ( 月 日より開始) 開始薬: ( 月 日より開始)
--	--

薬剤アレルギー歴  なし  不明  あり (薬剤名、症状記載してください)  
 セフカベンピボキシル→皮疹

副作用歴  なし  不明  あり (薬剤名、症状記載してください)  
 ロキソプロフェン→胃潰瘍

管理方法  自己  家族等  訪問薬剤師  訪問看護師  その他の工夫 (以下に詳細記載)  
 カレンダー  一包化  PTPシート ※訪問にて管理している場合は頻度を教えてください

服薬状況  良好  不良 (一部・全体・日による・その他)  
 患者自身が主たる疾患の治療目的と使用する薬剤・注意点について理解している  
 上記の理解は十分でないが指導と家族等のサポートにより対応可能  
 サポートが不十分なため対応に注意が必要 (備考に詳細記載)

服薬評価  剤型に関係なく飲み込める  補助ゼリーを使用している  大きい薬剤は困難  
 経管投与(経鼻、胃瘻、その他) →  簡易懸濁法  粉碎調剤  その他

OTC・サプリメント  なし  あり (以下に詳細記載)

お薬手帳  あり (  電子お薬手帳 )  
 なし

【お願い】入院に当たり、患者手持ち薬剤の整理をお願いいたします。



# 入院前 服薬状況等にかかる情報提供書

報告日:2023年9月10日

※他薬局調剤分を含めて使用中のすべての最新情報を記載してください。

※用量:定期服用薬は1日量表記、頓服薬は1回量で記載してください。

※欄不足の場合はコピーにて追加してください→追加した場合(患者氏名: )、 枚目/全 枚

※お薬手帳や貴局書式の送付も可。

	処方医療機関	医薬品名	用量	用法	調剤形態 (○をつけてください)	入院時残日数
1	B病院	アムロジピン錠5mg	1錠	1×朝食後	PTP・ <del>一包化</del> ・外用・他	10/20
2	//	クレストール錠2.5mg	1錠	1×朝食後	PTP・ <del>一包化</del> ・外用・他	10/20
3	//	プレガバリン錠150mg	2錠	2×朝夕食後	PTP・ <del>一包化</del> ・外用・他	10/20
4	Cクリニック	ボナロン錠35mg	1錠	1×起床時 (土曜日)	<del>PTP</del> ・一包化・外用・他	10/3
5	//	カロナール錠300mg	6錠	3×毎食後	<del>PTP</del> ・一包化・外用・他	10/10
6	//	デパス錠0.5mg	1錠	不安時 1日2回まで	<del>PTP</del> ・一包化・外用・他	15回分
7	//	ヒューマログ注 ミリオパン		朝5U昼5U夕5U	PTP・一包化・ <del>外用</del> ・他	3本
8	D眼科	タプロス点眼0.001		1日1回左眼	PTP・一包化・ <del>外用</del> ・他	5本
9					PTP・一包化・外用・他	
10					PTP・一包化・外用・他	
11					PTP・一包化・外用・他	
12					PTP・一包化・外用・他	
13					PTP・一包化・外用・他	
14					PTP・一包化・外用・他	
15					PTP・一包化・外用・他	
16					PTP・一包化・外用・他	
17					PTP・一包化・外用・他	
18					PTP・一包化・外用・他	
19					PTP・一包化・外用・他	
20					PTP・一包化・外用・他	
21					PTP・一包化・外用・他	
22					PTP・一包化・外用・他	
23					PTP・一包化・外用・他	
24					PTP・一包化・外用・他	
25					PTP・一包化・外用・他	
26					PTP・一包化・外用・他	

記載例

**備考 (特記事項を記載してください)**

- ・中止薬のバイアスピリンは中止と記載した薬袋にわけてあります
- ・B病院のお薬は2週間分を整理してお渡ししました
- ・その他のお薬はそのまま持参するようお伝えしています