入院時持込薬確認表（NDP 式）

☆
ID 番号：

氏　名：

生年月日：

診療科名・病棟名

【目　的】　主治医、看護師、薬剤師が、患者の入院時持込薬を把握する。
【運用方法　NDP 案】
1．　☆の欄は、入院時に担当看護師が記入し、担当薬剤師に提出（連絡）する。その際、持込薬の有無に関わらずに提出すること。
2．　原則として薬剤師が持込薬を確認し、必要事項（※の欄）を記入する。
3．　太枠線内は、必ず医師が記入する。
4．　記入後、本用紙はカルテにファイリングする。
5．　薬剤師不在の場合は医師又は看護師が持込薬を確認する。ただし後日改めて薬剤師も持込薬を確認する。
【注　意】
- **原則として持参薬の情報を確認しない限り入院時の新規の処方を発行できないこととする**
- 「同成分の採用薬」の欄は採用されていない場合に使用する。その際必ず成分量を明記すること。なお代替薬として類似薬の記載は原則として行わないこと。
- 持込薬確認の際は、お薬手帳、紹介状を確認するとともに、患者への直接の問診を行い、持込薬情報の収集を行うこと。

☆　入院日時：　　年　　月　　日（　：　）

作成日時：　　年　　月　　日（　：　）

確認表作成者署名欄	薬剤師（必須）	医師・看護師

1　処方箋薬・医療用医薬品※　（　有　・　無　）

継続：○ 中止：× 変更：変	持込薬の薬品名 （成分含量・濃度等を明記）	当院採用 有：○ 無：×	当院採用 同成分の採用薬品	薬　効	入院時の用法・用量 （用法変更の場合や屯用・外用の場合等は、備考欄に詳細を記入） 食前 朝 昼 夕 眠前 単位 食後	持込数量 （単位明記）	備　考

2　OTC 薬・市販薬等※　（　有　・　無　）
（例：　解熱薬、胃腸薬、目薬、軟膏、個人輸入薬、等）

3　健康食品等※　（　有　・　無　）
（例：　各種サプリメント、特定機能食品、ビタミン剤、プロテイン、等）

4　嗜好品等※　（　有　・　無　）
喫煙　・　飲酒　・　その他（　　）

5　連絡欄※（薬剤師・看護師 ⇒ 主治医）

確認・指示出 **医師**		／
指示確認 **看護師**		／