

入院前服薬情報提供依頼書

〇〇 薬局 □□ 御中 送付先Fax 〇〇-〇〇〇〇

下記の患者さんが入院を予定されていますので、情報提供をお願いいたします。(ご本人が服用薬を薬局へ持っていきます)
他店で調剤されているものも含めて、お持ちになった薬剤すべての情報提供をお願いいたします。

ID	1234567-8				
氏名	日赤 太郎	性別	男・女	生年月日	1964 年 6 月 16 日 (58 歳)
※OP前に中止が決定している薬剤 : なし・あり (別紙参照、一包化の場合は外してください)					
入院予定日	2022 年 3 月 30 日	情報提供	3 月 20 日	までをお願いいたします	
禁忌薬	なし・あり ()	OP前に中止が決定している薬剤がある場合は別紙にてお知らせします。保険薬局様で念を押してください。			
アレルギー歴	なし・あり ()				
副作用歴	なし・あり ()				
服薬状況					
一般用医薬品健康食品等	なし・あり ()				
服用している薬	お薬手帳シールの貼付でも可。入院時持参予定数も記載してください。併用薬情報は処方元、調剤した薬局名も明記してください。不明な場合は他薬局から情報収集してください。				
も他店で調剤されているものも含めて記載してください	酸化マグネシウムなど調節して飲んでいる薬はその旨記載してください。				
特記事項	中止が決定している薬剤以外で、中止すべき薬剤を保険薬局様が記載します。				
・※以外で手術前に中止すべき薬剤は、	なし・あり (薬品名 :)				
	ありと判断した際参考にした資料	当院HP休薬一覧・添付文書・その他(書籍名など)			
・患者情報で伝達が必要と思う内容 (問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等)					
適切な医療を受けるために、私が利用している医療機関・薬局から貴院が上記の情報を入手することに同意します。	同意欄				
患者氏名	病院で本人に署名をいただきます	連絡先電話番号			
代理人	本人との続柄	連絡先電話番号			

長岡赤十字病院 脳外科 担当 〇〇 問い合わせは担当まで。 TEL: 0258-28-3600 (代)

この情報提供書をFAX 0258-28-9000 まで送付してください