

入院前服薬確認 依頼書

保険薬局担当薬剤師 様

※この用紙は、かかりつけ薬局に常用薬とともに提出してください

下記の患者様が入院されるのに際し入院前の服用薬の確認と整理、並びに必要なに応じて支援をお願いいたします。

患者情報記入欄

依頼日	年 月 日	依頼医師		診療科	
患者氏名	様			患者ID	
生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)	性別	(男 ・ 女)		
入院予定日	年 月 日 (曜日) ※入院予定日の2日前迄に情報提供書の返信をお願いいたします				
入院予定期間	日間程度 □ 未定(お薬は、2週間程度ご持参ください)				
入院予定病院	日本赤十字社 長浜赤十字病院				
問い合わせ・連絡先	TEL 0749(63)2111 FAX 0749(68)3307 長浜赤十字病院 薬剤部				

服薬情報等提供料3の依頼内容 チェックの付いている内容を依頼します

- ☐ 全服用使用薬の確認・報告 → 「入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書」にて報告をお願いします。
 - ・用法用量が不明の薬剤がないか→ある場合には処方元の確認と用法用量の確定
 - ・定期内服か頓服使用かの確認(例:緩下剤、睡眠導入剤等)
 - ・薬袋と薬剤の入れ間違い、混在がないか確認
- ☐ 休薬指導不要 ※休薬の必要が無い手術/処置前のため
 - ☐ 継続服用薬剤()のみ継続服用
- ☐ 手術/処置前の休薬が必要な薬剤【術前等に休薬が必要な薬剤一覧(当院HP参照)】の休薬指導
 - ☐ 当院の対象薬剤を休薬の目安通り休薬 ※特に指示がない場合は最長日数で休薬
 - ☐ 別途休薬指示()
- ☐ 休薬が必要な薬剤を取り除く(別包を含む)再調剤
- ☐ 入院時に服用使用が必要ないと思われる薬剤の確認・報告
 - ・現在服用していない過去の処方薬の混在がないかの確認
- ☐ 日数不揃いの場合、説明・同意取得により廃棄や残薬調整を提案
- ☐ その他

患者同意欄

- ①私は病院に入院するに際して、当該病院薬剤師が保険薬局薬剤師に対して上記の情報を提供すること。
- ②当該保険薬局薬剤師が病院薬剤師へ上記依頼内容を報告すること及び場合により再調剤すること。
- ③当該保険薬局において服薬情報等提供により発生した料金を負担すること。
- 以上①②③の内容について同意します。
- 年 月 日

患者署名(自署): _____

※ご家族・親族・代理人(自署): _____ 患者との続柄・ご関係 : _____