

入院前服薬確認 依頼書

かかりつけ薬局 様

以下の患者が入院されるに際して、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します。

患者情報記入欄

依頼日	令和 年 月 日
患者名（性別・年齢）	様（男・女）才
生年月日	T・S・H・R 年 月 日生まれ
患者連絡先（TEL）	（ ）
入院予定日	令和 年 月 日
入院予定病院・診療科	
医師名	
病院薬剤師名	
連絡先	TEL（ ） FAX（ ）

依頼内容

<input type="checkbox"/> 全服用使用薬の確認・報告 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 手術のために休薬が必要な薬剤（ ） の休薬指導 <input type="checkbox"/> 休薬が必要な薬剤を取りのぞく外来服薬支援調剤 <input type="checkbox"/> その他
--

キビタン健康ネットへの同意を取得し、入退院に関する診療情報等の共有を進めてください。

患者同意欄

<p>私は病院に入院するに際して、当該病院薬剤師がかかりつけ薬局薬剤師に対して上記の情報を提供すること、また、当該かかりつけ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に場合により再調剤することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>
