周術期管理依頼書（服薬支援）

主治医　→　患者さん　→　保険薬局　→　薬剤部

　平素より大変お世話になっております。この度、貴薬局にて薬剤管理されている患者さんが当院において入院・手術をされることとなりました。ご多忙のところ恐れ入りますが、周術期管理のため、休薬が必要な薬がありますので服薬状況に応じた支援をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 基本情報 | |
| 患者ID： | 診療科名： |
| 患者氏名： | 担当医師名：  印 |
| 依頼日： | 返信先 島根大学医学部附属病院・薬剤部・調剤室  FAX：0853-20-2474 |

**医師記入欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼内容 | 下記の薬を休薬する必要がありますので、服用薬の整理等の服薬支援をお願いいたします。また、入院日までに本依頼書をFAXでご返信ください。 | |
| 入院予定日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 休薬指示 | を | 月　　　　　日から休薬 |
| を | 月　　　　　日から休薬 |
| を | 月　　　　　日から休薬 |

**保険薬局 薬剤師 記入欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告内容 | | | | |
| 報告日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | |
| 報告者 | 薬剤師名： | | 保険薬局名：  電話番号： | |
| 服薬支援 | □　服薬説明を行いました。  □　その他、下記に示す服薬支援を行いました。 | | | |
| 病棟担当薬剤師受領欄 | | 印 |

問い合わせ先：　TEL　0853-20-2472（島根大学医学部附属病院・薬剤部）

周術期管理依頼書（服薬支援）を受け取られた患者さんへ