周術期管理依頼書（服薬内容確認）

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、現時点における服薬内容の確認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 | 現在、服用中のすべての薬（当院以外の薬も含む）に関する情報収集をお願いいたします。  また、次回受診日までに本依頼書をFAXでご返信ください。 |
| 次回受診日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 特に着目して  いただきたい薬 | 抗凝固薬・抗血小板薬  　低用量ピル  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**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： |
| 処　方  内　容 | （別紙の添付でも結構です） | |
| 上記の着目する薬がありましたら記載をお願いいたします。 | * 抗凝固薬・抗血小板薬 | |
| * 低用量ピル | |
| * その他 | |

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（服薬内容確認）を受け取られた患者さんへ