

【入院前施設間情報連絡書】

年 月 日

提供先医療機関名:

御中

ID	
ふりがな	
患者氏名	様
性別:	
生年月日:	年 月 日生(歳)

情報提供元施設の所在地及び名称

広島県福山市御幸町大字上岩成148-13
公立学校共済組合 中国中央病院

電話: 084-970-2121

FAX: 084-970-2125

薬剤師氏名:

いつもお世話になっております。

このたび患者様は以下日程で入院予定となりました。

それに伴い、主治医より現在継続中の薬剤について、以下のとおり休薬の指示が出ておりますので、患者様の同意を得て情報提供致します。対応が必要かどうか判断して頂き、必要に応じ電話による注意喚起や対象となる薬剤を別包にするなどご検討ください。対応が完了しましたら、お手数をおかけしますがFAXにて返信頂くようお願い致します。

入院予定日: 月 日

入院目的:

入院前服薬上の留意点(休薬・中止等)

- ・(薬剤名) 月 日から休薬
- ・(薬剤名) 月 日から休薬

その他特記事項

〈保険薬局記入欄〉

〈保険薬局⇒病院連絡事項〉

返信日:

保険薬局:

担当薬剤師:

下記の対応が完了しました。(月 日)

- ☐ 来局時に説明しました。
- ☐ 一包化より抜薬または別包にしました。
- ☐ テレフォンフォローアップをしました。
- ☐ その他()

特記事項