

かかりつけ薬局 ご担当薬剤師 様

依頼日 年 月 日

担当薬剤師

ID	
患者氏名	
生年月日	
入院日	
指示医師	

【検査・術前中止指示薬剤の薬剤管理依頼書(川崎幸病院)】

平素、お世話になっております。

貴薬局で薬を調剤・管理いただいている患者さまが川崎幸病院に入院予定となりました。

つきまして、以下の薬剤について薬剤中止の再調剤・患者さまへ指導いただきたく存じます。

対応いただきたい期間は中止日から入院日当日の朝までの薬剤です。

(なお、健康食品・サプリメントについては入院前より中止。

また市販薬については特に EPA、アスピリン/アセチルサリチル酸含有薬は中止するよう指導しています。)

本件においては患者さま同意のもと依頼させていただいております。

【中止薬剤】

薬剤名	中止期間
	月 日から 入院日当日の朝まで
	月 日から 入院日当日の朝まで
	月 日から 入院日当日の朝まで
	月 日から 入院日当日の朝まで
	月 日から 入院日当日の朝まで
	月 日から 入院日当日の朝まで
	月 日から 入院日当日の朝まで
備考	

・ご対応いただきましたら2・3枚目の報告書を記載し、1～3枚目を下記連絡先まで FAX いただくか、もしくは患者さまにお渡しいただき入院時に川崎幸病院に持参するよう説明をお願いします。

・報告書につきましては貴薬局に所定の書式がありましたらそちらを使用いただいてもかまいません。また、「服薬情報提供料3」を想定とした様式となっています。算定されない場合も(※)の部分は記載いただくようお願いします。

川崎幸病院 入院支援外来

問い合わせ先

Tell:044-540-1510(月～金 9:00～16:00 入院支援外来 直通)

Tell:044-544-4611(土日祝 9:00～16:00 代表 (薬剤部宛))

FAX:044-549-4858(共通)

入院前患者さまの中止薬の指導報告
および服薬状況情報提供書(川崎幸病院 宛)

報告日 年 月 日

情報提供元の保険薬局名	
電話番号	
FAX 番号	
担当薬剤師氏名	

(*)

年 月 日 川崎幸病院に入院予定の

さまの入院前中止指示のある薬剤について、再調剤および指導
を行いましたので報告いたします。

対応薬剤（

）

（薬剤名および対応期間を記載してください）

☐ 患者さま同意のもと対応としました。（同意あればチェックを記載してください）

対応日 年 月 日

本患者の薬剤について以下の通りの薬剤情報を提供いたします。

1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名 診療科	最終処方日・処方日数
1		
2		
3		
4		
5		

2 現在服薬中の薬剤一覧

1の保険医療 機関名番号	処方薬名	用法	特記事項

☐ 薬剤情報について別紙を添付いたします。(該当の場合、チェックを記載してください)

3 薬剤に関連した患者情報

薬剤管理	本人	家族	施設	その他（ ）
調剤/与薬方法	PTP	一包化	粉碎	簡易懸濁法
アドヒアランス評価				
市販薬の使用・サプリメント、健康食品の使用状況				
副作用・アレルギー歴				
特記事項				