

入院前服薬確認 依頼書

保険薬局担当薬剤師 様

下記の患者様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いたします。

患者情報記入欄

依頼日	年 月 日
患者氏名	様
性別	(男 ・ 女)
生年月日	年 月 日生 (歳)
患者連絡先(TEL)	()
入院予定日	年 月 日 (年 月 日 迄に情報提供書の返信をお願いいたします)
入院予定期間	
入院予定病院	日本赤十字社和歌山医療センター
診療科	
医師	
病院担当薬剤師	
連絡先	TEL 073 (422) 4171 (内線:) FAX 073 (425) 6391

服薬情報等提供料3の依頼内容

- 全服用使用薬の確認・報告
- ・用法用量が不明の薬剤がないか→ある場合には処方元の確認と用法用量の確定
 - ・定期内服か頓服使用かの確認(例:緩下剤、睡眠導入剤等)
 - ・薬袋と薬剤の入れ間違い、混在がないか確認
- 手術/処置前の休薬が必要な薬剤(薬品名: , ~中止)の休薬指導
- 休薬が必要な薬剤を取り除く外来服薬支援調剤
- 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
- ・現在服用していない過去の処方薬の混在がないかの確認
- 日数不揃いの場合、説明・同意取得により廃棄や残薬調整を提案
- その他

※なお、この依頼書では外来服薬支援料は算定できません。

患者同意欄

※内容によっては料金をご負担いただくことがあります。

私は病院に入院するに際して、当該病院薬剤師が保険薬局薬剤師に対して上記の情報を提供すること、また、当該保険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場合により再調剤することに同意します。

年 月 日

患者署名(自著):

ご家族・親族・代理人(自著):

患者との続柄・ご関係 :