施設間薬剤情報連絡書(依頼書)Ver.1.0(2014/06)

平成　　　年　　月　　日

送付先：**病院 薬局**担当薬剤師　御中　（FAX　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ患者氏名 | 　　　　 |  | 送信元： |
| ID  | ： |  | 電話番号 |  |
| 性別  | ：  |  | FAX |  |
| 生年月日 | ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳） |  | ◆施設間薬剤情報連絡書担当者名(問合せ先)： |
| 住所  | ：  |  |  |
| 電話番号  | ： |  |  |
| 入院予定日 | 年　　　　月　　　　日 |  |  |
| 入院予定期間 | 日間 |  |  |

いつもお世話になっております。

このたび上記患者様は入院予定となりました。入院に際して、入院中の適切な薬剤使用のため、
また、退院後に速やかに地域にお返しするためにも下記の情報提供（FAX送信）をお願いします。

|  |
| --- |
| 使用薬（一般用医薬品・健康食品等を含む）情報※処方内容をご記入のうえ、返信をお願いいたします。処方内容のわかる情報があればその写しをFAXいただいても結構です。その際には、以下に☑をいれてください。　★□お薬手帳　□薬剤情報提供文書　□退院時服薬指導書　□薬歴（用法用量含む）　□その他 |
| 医療機関（診療科名、処方医名） ／　　処方日又は調剤日　 ／ 　医薬品名　　／ 　用法・用量　　等 |
| ★　　□添付資料参照　　　 |
| ★調剤上の留意点（粉砕・別包等） | ★服薬状況等①服薬介助 | □自己管理□服薬支援→管理・介助者（　　　　　　　　　） |
| ★副作用歴・アレルギー歴□あり　　　　　　内容：□なし□不明 | ②アドヒアランス | □良　□不良 |
| ★その他特記事項（服薬指導上で注意すべき事項等） | ★返信年月日：平成　　　　　年　　　　月　　　　日★施設名・住所・TEL・FAX・返信者 |

★欄をご記入の上、返信をお願いします。 （一社）愛媛県薬剤師会・愛媛県病院薬剤師会 標準様式1（Ver.1）