

かかりつけ保険薬局名：

薬局 担当薬剤師様 御中

報告日： 年 月 日

【検査・処置・術前中止指示薬剤の薬剤管理依頼書】

患者氏名：	施設名・所在地 〒700-8557 岡山市立市民病院・岡山市北区北長瀬表町 3 丁目 20-1 TEL:086-737-3000(代表)
当院患者 ID： 生年月日： 年 月 日	担当薬剤師：
この情報を伝える上で、患者からの同意を <input type="checkbox"/> 得た (代諾者続柄：) <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上重要と考えられるため、報告します。	

平素よりお世話になっております。この度、貴薬局で薬剤管理されている患者様が、当院にて検査・処置・手術を受けられることになりました。ご多忙のところ恐れ入りますが、検査・処置・手術を安全に実施するため、以下の薬剤管理をお願いいたします。

<訪局予定日> 月 日

<薬剤管理依頼内容>

- ・下記指示票に記載された薬剤の服薬指導
- ・一包化されている中止薬剤の分包変更
- ・指示票に未記載の術前中止推奨薬剤やサプリメント服用の有無確認

<休薬指示票> 検査・処置・手術予定日 月 日

薬剤名	担当医指示
	<input type="checkbox"/> より休薬 ・ <input type="checkbox"/> 継続
	<input type="checkbox"/> より休薬 ・ <input type="checkbox"/> 継続
	<input type="checkbox"/> より休薬 ・ <input type="checkbox"/> 継続
	<input type="checkbox"/> より休薬 ・ <input type="checkbox"/> 継続
	<input type="checkbox"/> より休薬 ・ <input type="checkbox"/> 継続
	<input type="checkbox"/> より休薬 ・ <input type="checkbox"/> 継続
	<input type="checkbox"/> より休薬 ・ <input type="checkbox"/> 継続

<保険薬局からの返信内容>

- 上記内容について確認し、指導しました。
- 一包化より上記薬剤を抜薬しました。

訪局日： 月 日

担当薬剤師：

訪局日の翌日までに、具体的な対応内容をご記入いただき、FAX で返信をお願いします。