

2019年5月7日

保険薬局薬剤師
病院薬剤師 各位

香川県立中央病院 病院長

入院・検査時中止(中断)薬剤調整依頼書について

平素より患者さんの薬物療法支援にご協力いただきありがとうございます。

このたび、香川県立中央病院では手術・検査を安全に行うために、薬剤の手術前・検査前中止(中断)情報を、「入院・検査時中止(中断)薬剤調整依頼書」として発行することになりました。

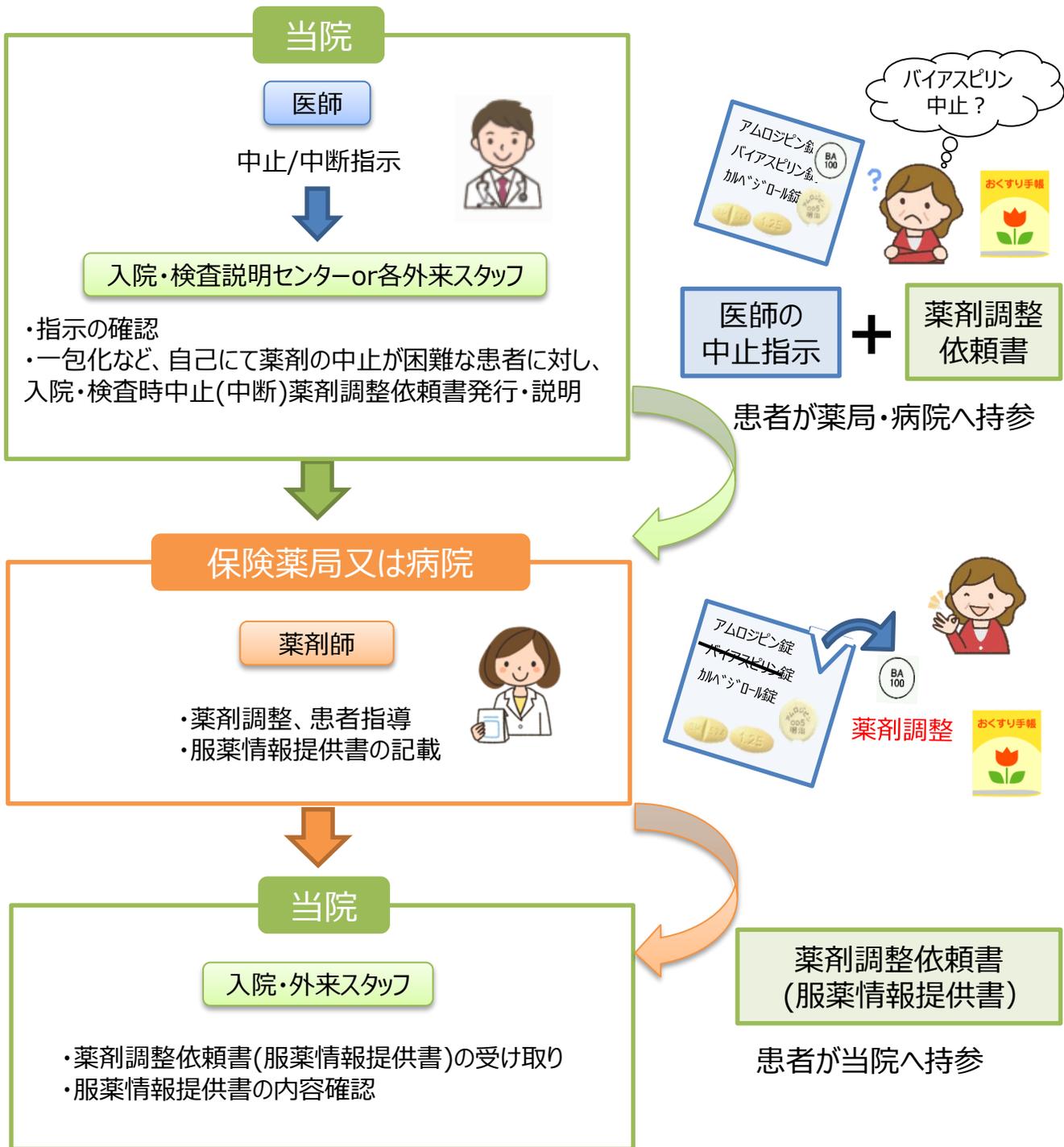
つきましては、「入院・検査時中止(中断)薬剤調整依頼書」を持参された患者さんの薬剤調整および服薬情報の提供にご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

【問い合わせ先】

香川県立中央病院 087-811-3333(代表)

入院検査説明センター(内線 2160)または各診療科

入院・検査時中止(中断)薬剤調整依頼書運用フロー図



【問い合わせ先】

香川県立中央病院 087-811-3333(代表)

入院検査説明センター (内線2160) または各診療科

薬剤調整にあたってのお願い

- ・依頼書に記載された患者情報、入院・検査日および指示内容を確認の上、薬剤調整と患者指導をお願いします。
- ・依頼内容以外に中止(中断)すべき常用薬があった場合は、各診療科へご連絡ください。
- ・一時的に中止(中断)する薬剤については、別包などで対応いただき、入院時には持参するよう説明をお願いします。

当院記入欄

調整担当者
記入欄

入院・検査時中止（中断）薬剤調整依頼書

発行日

[中央病院側記載欄] 香川県立中央病院

お名前	①患者情報	患者番号	
診療科		担当医	

患者さんの入院・検査日は _____ 年 _____ 月 _____ 日です。

備考欄 中止（中断）指示のとおり

②入院・検査日および指示内容

■現在、患者さんが使用している全てのお薬（内用薬・インスリン・外用薬など）の内容について、お知らせください。

[保険薬局側記載欄]

服薬情報提供書（病院名・診療科・処方内容など）	患者情報（チェックをお願いします。）
*調整したお薬についても記載をお願いします。 (記載が難しい場合別紙添付・裏面への貼付も可能)	1. お薬手帳 <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない
	2. OTC（市販薬） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	3. 健康食品・サプリメント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	4. 副作用歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	5. アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	6. その他連絡事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

調整年月日
病院・保険薬局名

調整者名
電話番号

■患者さんへ 入院・検査時に担当スタッフにお渡しください。 →入院→ 薬剤部 →検査→各ブロック

バーコード表示

入院・検査時中止（中断）薬剤調整依頼書

発行日

[中央病院側記載欄]

香川県立中央病院

お名前		患者番号	
診療科		担当医	

患者さんの入院・検査日は 年 月 日です。

備考欄 中止（中断）指示のとおり

■現在、患者さんが使用している全てのお薬（内用薬・インスリン・外用薬など）の内容について、お知らせください。

[保険薬局側記載欄]

服薬情報提供書（病院名・診療科・処方内容など）	患者情報（チェックをお願いします。）
*調整したお薬についても記載をお願いします。 （記載が難しい場合別紙添付・裏面への貼付も可能）	1. お薬手帳 <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない
	2. OTC（市販薬） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ ）
	3. 健康食品・サプリメント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ ）
	4. 副作用歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ ）
	5. アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ ）
	6. その他連絡事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
調整年月日	調整者名
病院・保険薬局名	電話番号

■患者さんへ 入院・検査時に担当スタッフにお渡しください。→→入院→→ 薬剤部
→→検査→各ブロック

バーコード表示