

○○薬局 御中

入院前薬剤関連情報提供書および服用薬の調整依頼書

依頼年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院 薬剤部 FAX や E-mail 等連絡先記入

平素より大変お世話になっております。

この度、下記患者様が当院へ入院することとなりました。

入院に当たり、以下のチェックのある項目について貴薬局でのご対応をお願いいたします。

患者様が貴薬局へ来局されず、電話連絡等による対応のみされた場合でも「入院前薬剤関連情報提供書」の提出をお願いいたします。服用薬に関しては、可能な限り服用されているすべての医薬品・サプリメント等に関して一元的な対応をお願いいたします。

患者氏名 : _____ 様 (患者番号 : _____)

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院診療科 : _____ 科 入院予定日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

服用薬の調整をお願いいたします

服用薬剤の調整（残薬整理・別分包など）および入院する際に服用中の薬剤を漏れなく持参するように指導をお願いします。

全ての服用薬に関する情報提供をお願いいたします

入院前薬剤関連情報提供書に基づいた情報提供をお願いします。

中止薬剤について

入院後、手術、検査が予定されています。下記の薬剤が中止薬となります。中止薬、中止期間に関する指導をお願いします。

※依頼日以降、新たに開始となった薬剤で、手術・検査前から休薬が必要となる薬剤がありましたらご連絡下さい。

中止薬剤詳細（中止日等）・備考・特記事項