

# 薬剤適正使用のための施設間情報連絡書（保険薬局→病院用）

作成日:

休薬を必要とする薬剤のある処置・検査・手術を受けられる予定の患者を対象とし、  
保険薬局からの情報提供をお願いします。

この連絡書により新たに判明する薬剤の内容によっては、速やかに主治医との協議が必要となる場合があります。  
お手数ではありますが、下記項目を記載の上で、海南病院まで FAX 送信いただくよう、ご協力をお願いいたします。

※すべての欄に記入する必要はありません。必要と考えられる情報の欄のみご記入ください

患者ID	情報提供施設名: 住所: 電話番号: FAX 番号: 担当薬剤師:
患者氏名	
生年月日	
入院予定日	

使用薬(一般医薬品、健康食品等も含む) →医療機関(診療科・処方医)/処方日(調剤日)/医薬品名/用法用量等

\* お薬手帳のコピーや薬剤情報提供書の添付も可。

\* 可能な限り、患者様が内服中のすべてのお薬の情報の記載をお願いします。

別添書類: お薬手帳 薬剤情報提供書 その他( )

調剤上の工夫(粉碎・別包等)

一包化 粉碎: 薬剤名を特記事項に記載してください その他: 内容を特記事項に記載してください

副作用・アレルギー歴

あり なし 不明

( )

服薬状況等

①管理者 本人 その他( )

②アドヒアランス 良 不良 ( )

特記事項(処方目的、患者への服薬指導上で注意すべき事項等)

返信欄

受領施設名: JA 愛知厚生連 海南病院  
連絡先: 0567-65-2511(代表)  
FAX 番号: 0567-67-3697(代表)

支援 C 確認日・確認者

/ .

返信日・返信者

/ .

院内運用フロー: 保険薬局⇒電話交換(振り分け)⇒MC(電子カルテ取り込み)⇒入院支援 C(保管)

2024年10月海南病院作成