

報告日 年 月 日

服薬サポート依頼書【病院→保険薬局】

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 施設名：熊本大学病院 | 患者ID： |
| 受診科：科 | 患者氏名： |
| 処方医師（担当者）名： | 処方日 年 月 日 |
| 回答に緊急を <input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要さない（ ）日以内に回答 | |

下記の通り、ご依頼すべき点がございましたので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 分類 <input type="checkbox"/> 処方追加・変更に関する説明 <input type="checkbox"/> 残薬・服薬状況に関する説明 <input type="checkbox"/> 副作用・アレルギーに関する説明 <input type="checkbox"/> 手術・検査予定への休薬に関する説明 | <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する説明 <input type="checkbox"/> 手技に関する説明 <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント情報に関する説明 <input type="checkbox"/> 手術・検査予定へのサプリメント摂取情報確認 |
| 【手術・検査予定に関する情報】 <input type="checkbox"/> 手術・検査予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 予定日未定 〈手術・検査名〉 休薬指示薬剤： 年 月 日より 休薬指示薬剤： 年 月 日より 休薬指示薬剤： 年 月 日より （※手術予定患者に対する薬剤・サプリメントの当院での休薬基準については当院HPIにも掲載しております。） <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

依頼事項

返信欄

対応（保険薬局薬剤師記入欄） 依頼内容を考慮し、以下のように対応しました。

回答内容

年 月 日 保険薬局・薬剤師名

対応（病院薬剤師記入欄） 報告内容を確認しました。 電子カルテへの記載

〔 備考 〕

年 月 日 病院薬剤師名

（注意） 緊急性のある依頼は、通常通り保険薬局に電話でご確認ください。