

# 入院時服用薬剤調整・服用薬剤情報提供依頼書

依頼日： 年 月 日

御中

この度、当院へご入院される予定となりました患者さんの下記の点につきまして、対応をお願い致します。ご不明な点は下記の連絡先までお願い致します。

患者氏名	
生年月日	年 月 日
入院予定日	年 月 日
依頼内容 依頼するものに ○印をつける	1. 服用薬剤の調整  服用薬剤の調整および入院する際に服用中の薬剤の漏れがない状態となるように指導をお願いします。
	2. 服用薬(全ての)に関する情報提供  現在、服用中の薬剤の全ての薬剤名、用法・用量に関する情報を書面にて情報提供をお願いします。
	3. 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。
中止薬	
特記事項	

連絡先

福岡市西区石丸4-3-1

TEL:092-891-2511、FAX:092-891-3706

PHS(入退院支援課担当薬剤師:平日9:00~17:00) :070-7666-3219

社会医療法人財団白十字会 白十字病院 薬剤部

薬剤師: \_\_\_\_\_