

かかりつけ薬局名

保険薬局

担当薬剤師 様

〒036-0541

青森県黒石市北美町1-70

黒石市国民健康保険 黒石病院

入院前の白内障患者の服薬状況等に係る情報提供書の依頼

平素よりお世話になります。この度、貴薬局で薬剤管理されている患者が当院へ白内障手術のため入院されることとなりました。ご多忙のところ恐れ入りますが、入院にあたり手術や検査を安全に実施するため、以下の薬剤管理をお願い申し上げます。

<div style="text-align: center;"><<患者情報>></div>				
ID	氏名	フリガナ	性別	生年月日
<div style="text-align: center;"><<薬剤の中止月日および名称>></div>				
入院予定日	重要項目	中止する期間		中止薬剤名
【1回目入院予定日】	中止薬の有無	月 日	～	入院日まで
月 日	<input type="checkbox"/> 有り	月 日	～	入院日まで
※【2回目入院予定日】		月 日	～	入院日まで
月 日	<input type="checkbox"/> 無し	月 日	～	指示あるまで
【術前面談日】		月 日	～	指示あるまで
月 日		月 日	～	指示あるまで
<div style="text-align: center;"><<薬剤管理依頼 – 詳細 – >></div>				
<ul style="list-style-type: none"> ● 他科併診も含めて定期使用中薬剤を返書へ記載をお願いします。 ● 入院時は原則1日分患者が持参できるように整えて下さい。（中止薬もお持たせください。） ● ピレノキシ点眼薬を両眼に使用し両眼とも手術する場合は面談日より中止するよう指導をお願いします。 （両眼に使用し片眼のみ手術する場合は術眼のみ面談日より中止するよう指導をお願いします） ● 「薬剤の中止月日および名称」に記載された中止薬剤の指導をお願いします。 ● 対応内容を依頼書の返書に記載し、翌日までにメールにて返信ください。 ● 患者とどうしても連絡がつかない場合などは薬剤科へその旨ご連絡下さい。 				
備考				

問い合わせ窓口【TEL：0172-52-2121 薬剤科】

返信先【入退院支援専用メールアドレス：di-kuroyaku@hospital-kuroishi.jp または：FAX 0172-53-6781】