

保険薬局様

月 日AM・PM入院（ 間入院）
月 日

「服薬情報等提供料3」を算定される際には、この用紙とお薬情報（服薬情報等に係る情報提供書やお薬手帳のコピーなど）と共にFAXにて報告して下さい。

FAX

入院前持参薬ネットワーク情報提供書

（保険薬局 → 甲賀病院）

送信先：地方独立行政法人 公立甲賀病院
入退院支援センター 御中
FAX： 0748 - 65 - 1508

発信元：

TEL：

送信日： 年 月 日

送信枚数： 枚(本送信票を含む)

要件：服薬状況等に係る情報提供

患者ID： &tagPatNo& 生年月日： &tagPatBirth&

患者氏名： &tagPatName&

服用中の薬剤情報・その他報告事項は別紙添付

病院 ⇒ 保険薬局 *（保険薬局様 下記のチェック項目に従い、対応をお願いします）

<p>今回の入院にあたり 【確認が必要な薬（リスク薬）】</p> <p><input type="checkbox"/> なし（以下 回答・対応不要）</p> <p><input type="checkbox"/> 抗凝固薬など：出血</p> <p><input type="checkbox"/> ホルモン剤など：血栓</p> <p><input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬：ケアフト[®]-S</p> <p><input type="checkbox"/> 外ホルモン：乳酸アクト[®]-S</p>	<p>病院で把握できたリスク薬は、</p> <p><input type="checkbox"/> （ ）</p> <p><input type="checkbox"/> ありませんでした。</p>	メモ欄
<p><input type="checkbox"/> 【休薬指示あり】（ / ~ ）を休薬 （ / ~ ）を休薬 入院当日分までの抜薬を保険薬局でお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 【休薬指示なし】</p>		

保険薬局 ⇒ 病院 *（保険薬局様 下記の該当箇所にチェックし、ご返信下さい）

<p><input type="checkbox"/> 休薬指示に従い、抜薬しました</p> <p><input type="checkbox"/> 全ての服用薬を把握し、リスク薬を服用中でないことを確認しました</p> <p><input type="checkbox"/> 病院が把握できていないリスク薬、休薬の指示漏れ等の可能性がある為、報告させていただきます。ご確認下さい (リスク薬：)</p>
--

*至急、対応の必要がある際は、電話にてご連絡下さい（Tel.0748-62-0234 代表）