

保険薬局様

月 日 AM・PM 科入院 (間入院)

月 日 手術・造影剤・^{ERC}ESD・その他 ()

「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：

生年月日：

患者氏名：

服用中の薬剤情報・その他報告事項は別紙添付・必要事項はお薬手帳のコピーに記載して下さい。

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> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> なし(以下 回答・対応不要)<input type="checkbox"/> 抗凝固薬など：出血<input type="checkbox"/> 抗血小板薬など：血栓<input type="checkbox"/> SGLT2阻害薬：ケフト[®]-S<input type="checkbox"/> 抗血小板薬：乳酸アズド[®]-S<input type="checkbox"/> 糖尿病薬：低血糖 | <p>病院で把握できたリスク薬は、</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> () です。<input type="checkbox"/> ありませんでした。 |
| ↓ | |
| <ul style="list-style-type: none"><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をお願いします。<input type="checkbox"/> 【休薬指示なし】 | |
| <p>メモ欄</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)

- 休薬指示に従い、抜薬または説明しました。
- 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。
- 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：)

*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)