

大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 地域連携室 宛て

報告日： 年 月 日

【入院時薬剤情報提供書】

患者氏名：	貴施設名・所在地
当院患者 ID：	TEL： /FAX：
生年月日： 年 月 日	メールアドレス： 担当薬剤師：
この情報を伝える上で、患者からの同意を <input type="checkbox"/> 得た（代諾者続柄： ） <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要と考えられるため、報告する	

● 対応内容（薬局での対応内容に印を付けてください）

 1.入院時薬剤情報提供書による情報提供 2.持参薬の整理 3.持参薬の日数整理（指定の日数分に揃えてご用意ください。ただし、不足分を新たに処方していただく必要はありません）

● 退院前カンファレンスが開催される場合、当院からの連絡を希望される場合は以下に印をつけてください。

 連絡を希望する

特記事項：

以下のとおり、情報提供いたします。

1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			

退院時の処方の際に お願いしたいこと	
4 併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報	
5 薬剤アレルギー・副作用歴	
6 備考	

【記載上の注意】

1. 保険医療機関への情報提供にあたっては、特記事項並びに「1」、「2」及び「3」を記載した上で、必要に応じて「4」「5」又は「6」を記載してください。
2. 必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載してください。
3. 必要に応じて、続紙に記載して添付してください。
4. 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付してください。