

(別紙様式 1 - 2)

入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

入院先保険医療機関名：〇〇病院

担当者：薬剤部 ○○ ○○ 殿

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話

(F A X)

保險藥劑師氏名

印

◎月▲日より入院予定の△△△△様の服用薬について、ご報告いたします。

患者氏名					
性別（男・女）	生年月日	年	月	日生（	歳）
電話番号					
住所					
最終調剤日	：〇〇年〇〇月〇〇日				

特記事項：◎年◎月◎日より、抗凝固薬の服用を中止しています。

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	〇〇病院		
2	△△クリニック		
3			
4			
5			

2 現在服用中の薬剤の一覧

※用法・用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

[illegible]

