

保険薬局様

発行日:

検査日:

「服薬情報等提供料1」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

検査前持参薬情報提供書

(保険薬局→笠岡市立市民病院)

送信先：笠岡市立市民病院

地域連携室

FAX：(0865)69-1510

発信元：

送信日： 年 月 日

TEL：() -

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

患者同意 取得済 取得未

患者ID：

生年月日：

患者氏名：

検査前持参薬確認依頼書 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)

今回の検査にあたり

【確認が必要な薬(リスク薬)】

なし(当日朝の指示★確認)

抗凝固薬など：出血

血糖降下薬・インスリン：低血糖

外科シ：乳酸アシドーシス

()

()

()

病院で把握できたりリスク薬は、

()

ありませんでした

【休薬指示あり】

(/ ~) を休薬

(/ ~) を休薬

(/ ~) を休薬

【休薬指示なし】

検査当日朝は下記薬効の降圧薬のみ服用(胃カメラ(上部消化管内視鏡)検査の時は検査開始2時間前に)

★ (Ca拮抗 ACE ARB 利尿薬 β遮断 α1遮断 その他 ())

メモ欄

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.0865-63-2191代表)