入院時薬剤情報提供書作成のご依頼（病院→保険薬局）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿薬局　ご担当薬剤師　様

平素より大変お世話になっております。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様が、＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日に入院予定となりました。

つきましては、薬剤の整理、調整および「入院時薬剤情報提供書」の作成を行っていただき、**入院３日前までに**、FAX にてご返信くださいますよう、お願い申し上げます。

（「入院時薬剤情報提供書」は「木戸病院 HP→薬剤部」よりダウンロード可能です。）

（１）基本情報　　(ID:　　)

年齢(生年月日)	歳(　　年　　月　　日)		
性別	男性・女性	診療科	科
施術予定日	年　　月　　日を予定		

（２）入院情報

a. 病名	
b. 入院の目的	
c. 依頼内容	**薬剤情報のみ・服薬指示あり(添付資料を参照)**
d. 来局予定者	□本人 □家族 □介助者 □来局なし
e. 来局予定日	年　　月　　日を予定・本日・なし

（３）その他

※情報提供書の運用については、患者様の理解を得て行っております。

<入院に関するお問い合わせ>
新潟医療生活協同組合木戸病院　地域連携室
TEL：025-256-6700

新潟医療生活協同組合木戸病院薬剤部　2022 年 9 月作成