



送信先：帝京大学医学部附属病院薬剤部 担当者
FAX：03-3964-9426

入院時施設間情報連絡書

受付時間： 平日（月～金曜日） 9：00～16：00 処方等の内容をご記載の上、FAXをお願いいたします。全ての欄に記載する必要はありません。必要と考えられる情報の欄のみ記入ください。
土曜日 9：00～11：00

※日曜日、祝日、年末年始を除く 報告日： 年 月 日

送付枚数： 本シート含めて 枚 入院予定日： 年 月 日

ID(診察券番号)		保険薬局名称：
患者名		所在地：
☐ この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ています。 ※患者の同意を得ていない場合、当院への情報提供は行わないでください		電話番号：
		FAX：
		薬剤師氏名：

< 処方内容 > 処方日、処方医療機関を明記してください。当院の処方歴は不要です。
自店舗の調剤薬以外で把握している処方薬剤も記載してください。
※この文章とは別に、以下（チェック（レ）印のもの）があります。
☐お薬手帳 ☐薬剤情報提供文書 ☐薬歴 ☐その他（ ）

< 医師の指示による入院前中止薬 > ☐あり ☐なし ☐不明

< 調剤方法・留意点 > ☐PTP ☐一包化 ☐粉碎 ☐簡易懸濁

< 副作用歴・アレルギー歴 > ☐あり ☐なし ☐不明

< 服薬状況等 >
①アドヒアランス ☐良好 ☐不良【理由記載】（ ）
②薬剤管理状況 ☐自己管理 ☐他者管理→管理者（ ）

< その他連絡事項 >

帝京大学医学部附属病院薬剤部記載欄

対応薬剤師		☐ 報告内容確認 ☐ 医師への情報提供
対応日		☐ プログレスノートへの記載