服薬状況一覧

**必ずIDと氏名を記入をお願いします**

**情報提供書・手術前休薬支援報告書と一緒にFAXしてください**

ID　　　　　　患者氏名　　　　　　　様

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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **周術期に休薬を検討すべき薬剤がある場合は、備考欄に「休薬検討」と記載ください。** |  |

1. **現在服用中の薬剤の一覧　（他医療機関を含む）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療機関番号①参照** | **医薬品名** | **１日量** | **用法** | **処方状態****一包化・粉砕など** | **備考欄****休薬を検討すべき薬剤に****「休薬検討」と記載** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（お薬情報提供書の添付でも結構です）粉砕・一包化など追加情報がございましたら追記してください。

服薬状況確認依頼書・休薬薬剤支援依頼書の運用方法については、下記のURL又はQRコードより参照ください。

**また、どうURLより、弘前大学医学部附属病院　周術期休薬指示一覧もダウンロードできます。**

URL：<https://www.med.hirosaki-u.ac.jp/hospital/clindtl/c26yakuzai.html>

問い合わせ先：弘前大学医学部附属病院　医療安全推進室　0172-33-5111　内線5175