

平成 29 年 3 月 28 日

各調剤薬局 殿

岐阜大学医学部附属病院  
病院長 小倉 真治

### 服薬情報提供の依頼について

拝啓 時下ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。平素から本院の診療につきまして御理解と御協力を頂き、厚く御礼申し上げます。

さて、岐阜大学医学部附属病院では、平成 29 年 4 月より「入院センター」の運用を開始し、本院へ入院される患者の服薬情報を事前に入手する運びとなりました。当院では、これまでも岐阜県薬剤師会の各調剤薬局様とは、患者が持参される「お薬手帳」を介して服薬情報の提供を頂いておりますが、中には服薬情報が得られない患者もおられ、このような患者に対しては、担当者が各調剤薬局様に服薬情報を確認させていただいております。

今後は、服薬情報が得られない本院への入院患者については、服薬情報確認のための効率化と正確な情報の入手のために、患者から同意を得た上、本センターより下記の Fax 送信表にて各調剤薬局様あてに依頼させていただきたいと考えておりますので、御理解と御協力をいただきますようお願い申し上げます。なお、当院では、入院患者が退院する際には、入院中の薬物治療や副作用の発現、各調剤薬局様に向けた退院後に指導して頂きたい項目等を記載した退院時薬剤サマリーを薬剤師が作成し、調剤薬局様に提示して頂くように患者にお渡ししておりますので、ご活用いただければ幸いです。

本件について、ご不明な点がございましたら当院・薬剤部（TEL: 058-230-7091, 担当: 鈴木）または入院センター（TEL: 058-230-6178）までご連絡くださいますようお願いいたします。

敬具

### ( Fax 送信表 )

フリガナ	診療科	病棟	病室
氏名			
生年月日	性別	年齢	年齢

**Fax 送信表**

平成 年 月 日

〒 番 号 〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇

岐阜大学医学部附属病院  
病院長 小倉 真治

用 件：服用中の薬剤確認について  
送信枚数：1 枚

拝啓  
時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は本院の診療にご理解とご協力を頂き、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、(貴院・貴薬局)にて投薬されている 患者氏名 様の岐阜大学医学部附属病院への入院が決定いたしました。当院では、患者の平素や検査、入院中の投薬に関わる安全性の向上のために、入院前に患者の服用中の薬剤を確認させていただいておりますが、患者様はお薬手帳、紹介状等の服薬に関する情報をお持ちでないため、服用薬の情報提供にご協力いただければ幸いです。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、患者氏名 様の服用薬に関する情報を Fax 等にてご返信頂けたら幸いです。何卒、宜しくお願い申し上げます

敬具

同意書

私は、服用中の薬剤について、病院・薬局から岐阜大学医学部附属病院へ情報提供することに同意します。

説明日 2017年 4月 XX日

本人 住所 岐阜市〇〇〇

署名 鈴木 太郎

代理人・親権者 住所 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

以上

**服薬情報提供の依頼は、お薬手帳、紹介状等を持参しておらず服薬情報が得られない患者に限定させていただきます**

**岐阜大学病院にて患者への同意を取得させていただきます**

## 別紙(依頼用書式)

フリガナ		ID番号				
氏名			男・女			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	年齢	歳

## F a x 送信表

平成 年 月 日

御中

岐阜大学医学部附属病院  
病院長 小倉 真治

用 件：服用中の薬剤確認について

送信枚数：1 枚

拝啓 時下ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。平素から本院の診療につきまして御理解と御協力を頂き、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、(貴院・貴薬局)にて投薬又は服用指示されている 患者氏名 様の本院への入院が決定いたしました。本院では、入院中の患者の検査、手術及び投薬に関わる安全性の向上の為に、入院前に患者の服用中の薬剤を確認することとしておりますが、患者氏名 様については、紹介状やお薬手帳等から正確な薬剤情報を確認することができませんでした。

つきましては、御多忙のところ大変恐縮ですが、患者氏名 様の服用中の薬剤に関する情報を Fax 等にて御返信頂けたら幸いです。なお、処方箋の写し等、様式は問いませんので、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

## 同意書

病院長殿

私は、服用中の薬剤について、病院・薬局から岐阜大学医学部附属病院へ情報提供することに同意します。

説明日 年 月 日

本人 住所 \_\_\_\_\_  
署名 \_\_\_\_\_

代諾者・親権者 住所 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

&lt; Fax 送信先/お問い合わせ先 &gt;

担当者：岐阜大学医学部附属病院 入院センター Tel: 058-230-6178 Fax: 058-230-7377

(担当薬剤師：鈴木昭夫)