

【要返信】 検査・手術・入院における中止薬に関する対応報告依頼書

患者ID：@PATIENTID

日付

患者氏名：@PATIENTNAME様

主治医：_____

生年月日：PATIENTBIRTH

この用紙を受け取られた患者様へ

☐ この用紙を、依頼する薬局に持参してください。 ※ 本日より **4日以内** をお願いします。

(事前にFAXしてから薬局に持参していただくと、薬局での対応がスムーズになります。)

☐ 薬局へは、以下の①～⑤を持参してください。

- ① 本用紙 ② 現在使用しているすべての薬（市販薬も含む）、健康食品、サプリメント類
③ お薬手帳 ④ 薬局で薬と一緒にもらう情報用紙 ⑤ マイナンバーカード及び保険証

☐ 対応内容により、薬局で費用が発生する場合があります。詳しくは薬局にてご確認ください。

【注意】 薬を指示通り中止できていなかった場合は、検査・手術等が延期となることがあります。

この用紙を受け取られた薬局様へ

平素よりお世話になっております。

この度、上記の患者様が当院において検査・手術または入院されることとなりました。

ご多忙のところ恐れ入りますが、

☐ 検査・手術における中止薬の対応及び報告をお願いします。（中止薬については下表参照）

☐ 入院前に薬剤の整理（一元管理）及び報告をお願いします。

以下の①～③の情報も含めて、**専用様式を用いたFAX返信**にて教えてください。

① 休薬に対して「薬局で行った対応」

- ◆ ご本人へ説明を行いました。（患者様自身で休薬を管理する。）
- ◆ ご家族や介助者へ説明を行いました。（ご家族や介助者で休薬を管理する。）
- ◆ ご本人やご家族・介助者へ説明を行い、薬局にて抜き取り・仕分け等の対応を行いました。

② 「アレルギー歴」及び「副作用歴」

③ 1年以内の「ステロイド投与歴」及び「ワクチン接種歴」（手術予定患者様の場合）

なお、当院の休薬一覧は当院HPに掲載しております。

※ 下表に記載された薬剤以外に休薬が必要と思われる薬剤（健康食品・サプリメント等を含む）については、主治医に**疑義照会**をお願いします。

上記の患者様の

入院予定日は **2025/6/10** です。

手術予定日は **6月12日** です。

情報提供の期日は **6月3日** とさせていただきます。

お薬の種類	お薬の名前	休薬期間	お薬の中止期間
抗凝固薬	エリキュース	手術 1 日前から休薬	6月11日 より中止
抗血小板薬	プラビックス	手術 10 日前から休薬	6月2日 より中止
ビグアナイド系糖尿病治療薬	エクメット	手術 2 日前から休薬	6月10日 より中止
		手術 日前から休薬	より中止
		手術 日前から休薬	より中止
		手術 日前から休薬	より中止

備考（あえて休薬しない薬について、そのほか）

専用様式の
QRコード

休薬一覧の
QRコード