**～大阪はびきの医療センターで手術予定の患者さま対象～　　　　入院までに他院で新しく内服薬が始まった場合や､サプリメントを服用し始めた場合には、確認が必要となります**

入院前服用薬確認シート

**大阪はびきの医療センターID:　　　　　　　　　氏名：**

**かかりつけ薬局 記入欄**

**○薬の管理状況（入院前）：□ご本人　　□ご家族　　□一包化　　□施設職員　□その他**

**○服用薬：□あり　　□なし**

**○術前休薬が必要な対象薬剤**

**抗血小板薬・抗凝固薬：□あり（薬品名：　　　　　　　　　　）　　　　□なし**

**低用量経口避妊薬(OC)・低用量ｴｽﾄﾛｹﾞﾝ･ﾌﾟﾛｹﾞｽﾁﾝ配合薬(LEP)：□あり 　 □なし**

**その他女性ホルモン剤：□あり（薬品名：　　　　　　　　　　）　　　　□なし**

**ﾋﾞｸﾞｱﾅｲﾄﾞ系糖尿病薬：□あり（薬品名：　　　　　　　　　　　）　 　　□なし**

**○サプリメント（EPA-DHA）の服用：□あり　　□なし**

|  |
| --- |
| **【受付日】　　　　【薬局名称】　　　　　　　　　　　　【薬剤師氏名】****【連 絡 先】** |

**★休薬の必要な薬剤を服用されていた場合は、大阪はびきの医療センター薬局まで　（TEL：072-957-2121）至急ご連絡ください。**

**記入後、この用紙は「はびきの医療センター薬局」へFAXしてください。**