

術前中止薬に関するご案内（本人用）

ID

お名前

カルテテンプレート:【診療科】【入院目的】をコピー&ペーストしてください

予定入院期間

日

入院予定の患者さんへ

入院前より中止する必要があるお薬があります。
以下の指示に従って、お薬を中止してください。

服用

中止

術前中止薬

- | | | | | |
|---|-----|----|----------------------|------------|
| ① | () | 画像 | <input type="text"/> | より休薬してください |
| ② | () | 画像 | <input type="text"/> | より休薬してください |
| ③ | () | 画像 | <input type="text"/> | より休薬してください |
| ④ | () | 画像 | <input type="text"/> | より休薬してください |

入院日数 + 2日分の薬をご持参ください



東京医療センター

公認ゆるキャラ

「とうにちゃん」

国立病院機構 東京医療センター

152-8902 東京都目黒区東が丘2-5-1

電話番号：03-3411-0111

月～金 9:00～17:00

入院前服薬状況確認のおねがい（薬局用）

ID

お名前

カルテテンプレート:【診療科】【入院目的】をコピー&ペーストしてください

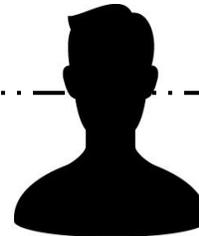
予定入院期間

日

#####（休薬日前日）までに保険薬局へ提出してください。

入院予定の患者さんへ

本用紙とお薬を持って
保険薬局で入院中に使うお薬の整理してもらって
ください



保険薬局のかたへ

入院中の準備をお願いします

★入院までにお願ひしたいこと

- ・裏面に記載のある「東京医療センターご入院予定患者さんの服薬情報提供、整理のお願ひ」をご一読いただき、対応をお願ひいたします。
- ・以下の薬剤については術前中止を指示しています。

術前休薬①	()	<input type="text"/>	より休薬してください
②	()	<input type="text"/>	より休薬してください
③	()	<input type="text"/>	より休薬してください
④	()	<input type="text"/>	より休薬してください

✓別紙の入院時服薬情報提供書の作成と当院への返信をお願ひいたします。

入院日数 + 2日分の薬を整理してください

入退院支援センター担当薬剤師より

保険薬局各位

東京医療センターご入院予定患者さんの服薬情報提供、整理のお願い

患者さんのご入院に当たり、保険薬局よりお薬の情報提供をいただくことで、持参薬確認・管理の効率化および入院中における薬物治療の質向上に繋がられ、多職種で情報共有しています。これまでご連絡いただいた服薬情報等は、安心安全な薬物治療を実践するための一助として活用させていただいています。入院時服薬情報提供書の運用については下記QRコードよりご確認ください。

患者さんよりご相談を受けられた場合には、ご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

保険薬局にお願いしたいこと

入院時服薬情報提供書の作成、FAXで当院へ返信をお願いいたします。

- ・患者さんの受診中の医療機関・診療所などの確認
- ・患者さんのアレルギー・副作用歴の確認
- ・健康食品・サプリメントの中止説明
- ・術前中止薬の対応結果
- ・服薬状況の確認
- ・参考情報の添付
- ・服薬状況に関する留意点、退院時に依頼したいこと、服薬情報等提供料3の算定有無

術前中止薬について

他院処方にて、以下のうち休薬指示を受けていない薬剤の服用が判明した場合は、当院入退院支援センターにお電話でご連絡ください。

当院の術前中止薬一覧(手術前休薬期間の目安)は当院ホームページをご確認ください。

- ・抗血栓剤(抗血小板剤・抗血液凝固剤・その他の抗血栓剤)
- ・糖尿病用剤(ビグアナイド系薬、SGLT2阻害薬)
- ・エストロゲン関連製剤(SERM、黄体ホルモン製剤、卵胞ホルモン製剤、低用量ピル)

これらのお薬は、出血リスクを始め、血栓症のリスク、創傷治癒遅延などから、手術や処置に対して悪影響を及ぼすことがあるため、休薬する必要があります。

ご不明点について

入退院支援センター担当薬剤師が対応いたしますので、その旨のご連絡をお願いいたします。内容に応じて病棟担当薬剤師と連携して対応いたします。

2026年2月1日



独立行政法人 国立病院機構東京医療センター

入退院支援センター (担当薬剤師)

〒152-8902 東京都目黒区東が丘 2-5-1

※入院時服薬情報提供書の運用については
上記QRコードより当院HP掲載内容をご確認ください。

TEL 03-3411-0111 (代表)

FAX 03-3411-5488

入院時服薬情報提供書

患者 ID :	保険薬局名 :
患者生年月日 :	所在地 :
カナ :	電話/FAX :
患者名 :	メールアドレス :
	報告者 :

お手数ですが、以下の青色ハイライト部分へのご記入をお願いいたします。

■ この情報伝達について患者の同意を得た はい いいえ

■ 受診中の医療機関・診療所などに関する情報提供をした はい いいえ

保険医療機関	診療科	備考	保険医療機関	診療科	備考

■ 患者のアレルギー・副作用歴を確認した はい いいえ

アレルギー歴 :

副作用歴 :

アルコール過敏

局麻アレルギー

■ 健康食品・サプリメントは入院2週間前から止めるように説明した はい いいえ

■ 術前中止薬の対応をした はい いいえ

薬剤名① : 薬剤名② : 薬剤名③ : 薬剤名④ :

(対応方法に をしてください) 中止薬のPTP調剤・一包化からの抜薬 口頭で中止説明 薬袋へ中止を記載

■ 患者の服薬状況 (アドヒアランス及び残薬) を確認した 良好 不良

服薬管理者 本人 家族 介助者 その他

■ 現在服薬中の薬剤に関する参考情報を添付 (お薬手帳シールまたは薬剤情報提供書等) はい いいえ

■ 入院時服薬情報提供書の作成に要した時間 面談 分 記載 分

■ 必要に応じて入院時の持参薬の整理を行った はい いいえ

■ 服薬状況の情報共有 (服薬情報等提供料3の算定予定はあるか) はい いいえ (理由 :)

■ 入退院支援センター担当薬剤師より

■ 服薬状況に関する留意点/退院時の処方の際にお願いしたいこと

ご協力いただき、誠にありがとうございました。