服薬情報等提供料に係る情報提供書

情報提供先医療機関名

担当医 科 殿

年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称電 話

（Ｆ ＡＸ）

保険薬剤師氏名 印

患者氏名

性別（ 男・女） 生年月日 明･大･昭･平･令住所

電話番号

年

月

日生（

歳） 職業

|  |  |
| --- | --- |
| 処方せん発行日 年 月 日 | 調剤日 年 月 日 |
| １ 処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス） 及びそれに対する指導に関する情報 | |
| ２ 併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。） の有無（有・無）▼ 薬剤名等： | |
| ３ 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等） に関する情報 | |
| ４ 症状等に関する家族、介護者等からの情報 | |
| ５ 薬剤師からみた本情報提供の必要性 | |
| ６ その他特記すべき事項（薬剤保管状況等） | |

［記載上の注意］

１ 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。 ２ わかりやすく記入すること。

３ 必要な場合には、処方せんの写しを添付すること。

４ 「５ 」については、薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合のみ、記載すること。