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　　　　　　　　　　先生

令和　　年　　月　　日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話

ＦＡＸ

保険薬剤師指名　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　様  性別（男・女）　　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　歳）  住所  電話番号 | |
|  | |
| 処方箋発行日　令和　　年　　月　　日 | 調剤日　令和　　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、健康食品を含む）の有無（有・無） | |
| 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　その他特筆すべき事項（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、処方箋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