

(別紙様式1)

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

平成 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話

(FAX)

保険薬剤師氏名

印

患者氏名

性別(男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生(歳) 職業

住所

電話番号

処方箋発行日 平成 年 月 日

調剤日 平成 年 月 日

1 処方薬の情報▼

薬剤名等:

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。)の情報(有・無)▼

薬剤名等:

2 処方薬剤の服薬状況(アドヒアランス)及びそれに対する指導に関する情報

3 患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報

4 症状等に関する家族、介護者等からの情報

5 薬剤に関する提案

6 薬剤師からみた本情報提供の必要性

7 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、処方箋の写しを添付すること。
- 4 「1」については、処方医に連絡する際に、必要に応じて、処方薬と併用薬を分けるなどの工夫をして記載すること。
- 5 「5」及び「6」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。