

(別紙様式 1)

患者の服薬状況等に係る情報提供書

情報提供先保険医療機関名

担当医

科

殿

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電 話

(F A X)

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 年 月 日生 (歳)

住所

電話番号

以下のとおり、情報提供いたします。

情報提供の概要：

1 処方薬の情報

薬剤名等：

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。) の情報

薬剤名等：

3 処方薬剤の服用状況 (アドヒアランス及び残薬等) に及びそれに対する指導に関する情報

4 患者、家族又は介護者からの情報 (副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等)

5 薬剤に関する提案

6 その他

[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、手帳又は処方箋等の写しを添付すること。