

(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

( 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 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。