情報提供先保険医療機関名

科

担当医

患者の重複投薬等に係る報告書

殿

情報提供元保険薬局の所在地及び名称電話 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・令 年 月 日生 (歳) 住所電話番号 以下のとおり、重複投薬等の状況について報告いたします。
(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・令 年 月 日生(歳) 住所 電話番号 以下のとおり、重複投薬等の状況について報告いたします。 1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報 番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 3 2 3 3 2 3 3 2 3
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、重複投薬等の状況について報告いたします。 1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報 番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 1 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 3 2 3 3 3 3
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、重複投薬等の状況について報告いたします。 1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報 番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 1 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 3 2 3 3 3 3
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、重複投薬等の状況について報告いたします。 1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報 番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 3 2 3 3 2 3
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、重複投薬等の状況について報告いたします。 1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報 番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
住所 電話番号 以下のとおり、重複投薬等の状況について報告いたします。 1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報 番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 2 3 2 3 2 3 2 2 3 3 2 2 3 3 2 2 3 3 2 3
電話番号 以下のとおり、重複投薬等の状況について報告いたします。 1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報 番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 2 2 3 3 2 2 現在服用中の薬剤の一覧
以下のとおり、重複投薬等の状況について報告いたします。 1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報 番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 2 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報 番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報 番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
番号 保険医療機関名 診療科 処方医の氏名 1 2 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
1 2 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
2 3 2 現在服用中の薬剤の一覧
3 2 現在服用中の薬剤の一覧
2 現在服用中の薬剤の一覧
※用法・用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付
薬効分類又は効能・効果 医薬品名(先発医薬品名) 服用開始時期 「1」の番号

3 重複投薬等に関する状況			
「1」の番号	医薬品名 (先発医薬品名)	服用開始日	

薬剤師のコメント

4 副作用のおそれがある患者の症状及び関連する医薬品名

「1」の番号	症状	関連する医薬品名

薬剤師のコメント

5. その他特記すべき事項 (残薬及びその他の患者への聞き取り内容等)

[記載上の注意]

- 1 保険医療機関への情報提供にあたっては、「1」及び「2」を記載した上で「3」又は「4」により重複投薬等の解消等、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案を行うこと。
- 2 必要に応じて、続紙に記載して添付すること。
- 3 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること。
- 4 「2」については、後発医薬品を服用中の場合であっても、当該医薬品に先発医薬品がある場合はその名称を併記すること。
- 5 「3」については、同種・同効薬が処方されている場合は、必要に応じて処方の背景を確認すること。
- 6 「5」については、必要に応じて記載すること。