## 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
				惶	青報 提 供 元	保険薬局の	の所在地及				
				···							
					(FAX)						
					、	丘夕					印
				ia .		<u> Д а</u>					⊢lı
	<b>氏名</b>			_							
		) 生年月日	年	月	日生(	歳)					
住月											
電話	括番号										
الا	下のとお	り、情報提	供いたし	ます。							
	段提供の制		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,								
	以及氏の力	<b>% 女</b> .									
1	処方薬の	情報									
導	逐剤名等:										
2	併用薬剤	等(要指導	• 一般用医	薬品、医	薬部外品	、いわゆる	る健康食品	 よを含む。	)の情	報	
導	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〕	ひびそれ	れに対する	指導に関	  する情	報	
	727571713						. , , ,		., .,	. 114	
4	患者、家	族又は介護	者からの情	報(副作	用のおそ	れがあるタ	定状及び薬	き 剤服用に	係る意	(向等)	
5	薬剤に関	する提案									
	M										
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。