情報提供先保険医療機関名

# 患者の服薬状況等に係る情報提供書

	担当医	科		殿						
							令和	年	月	日
			1	情報 提 供 元 イ	保険薬局の剤	所在地及	び名称			
			Ī	電 話						
				(FAX)						
			1	保険薬剤師」	氏名					印
患者」	<del></del> 氏名									
性別	(男・女)	生年月日	年 月	日生(	歳)					
住所										
電話者	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 3		<del></del>								
	ピカ来の 情 割名等:	+ix								
来	刊 17 寸 .									
2 1	単田 澎 剤 笙	 (要指導·一般F	田医苯品 四	医苯部外品	いわゆる個	建康食品	を今か	)の情	報	
	列加采利亚 劉名等:	(女)百哥 "炒"			0.4215.00	E IX IX III	2 0 0 0	) <b>0)</b> IH	TIX	
*	11 LL 37 .									
3 5	 加方薬剤の	 服用状況	 - アランス ア		及びそれに	 こ対する:	指導に関	する情	報	
,	C/3 /K/11 07	MX 713 DX 700 ( 7 1 1	_ , , , , , ,	~ 0 /2 /2 /3 /	20 (40)	-/1/ 0	70 <del>47</del> 1 – 12	17 0 16	TIA	
4 5	患者、家族	又は介護者からの	の情報(副作	作用のおそれ	ιがある症物	犬及び薬	剤服用に	係る意	向等)	
5 3	薬剤に関す									
		** IE **								
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。

# 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

入院先保険医療機関名:〇〇病院

担当者:薬剤部 〇〇 〇〇 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 (FAX)

保険薬剤師氏名

印

◎月▲日より入院予定の△△△△様の服用薬について、ご報告いたします。

患者氏名

性別(男・女) 生年月日 年 月 日生( 歳)

電話番号

住所

最終調剤日:〇〇年〇〇月〇〇日

特記事項:◎年◎月◎日より、抗凝固薬の服用を中止しています。

以下のとおり、情報提供いたします。

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	備考			
1	〇〇病院					
2	△△クリニック					
3						
4						
5						

#### 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

「1」の処 方医療機関 の番号	医薬品名	用法・用量	服用開始時期	処方状態 (粉砕、一 包化等)	入院時持 参予定数 (日分)	備考
	<u> </u>		<u> </u>			

医師の指示による	
入院前中止薬	
自己調節している薬	
3 患者の服薬状況(アドヒ	ニアランス及び残薬等)
	口本人
服薬管理者	□家族
(当てはまるものに☑)	口介助者
	口その他 ( )
服薬状況に関する留意点	
退院時の処方の際に	
お願いしたいこと	
4 併用薬剤等(要指導・- 	- 般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。)の情報
5 その他	

#### [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」、「2」及び「3」を記載した上で、必要に応じて「4」又は「5」により、患者の処方状況を報告すること。
- 2 服薬管理を行っている者について、あてはまる項目に☑を付けること
- 3 必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること。
- 4 必要に応じて、続紙に記載して添付すること。
- 5 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。

様式例

かかりつけ薬剤師指導料(かかりつけ薬剤師包括管理料)について

〇〇薬局

患者さんの「かかりつけ薬剤師」として、安心して薬を使用していただけるよう、複数の 医療機関にかかった場合でも処方箋をまとめて受け付けることで、使用している薬の情報 を一元的・継続的に把握し、薬の飲み合わせの確認や説明を行っています。こうした取組を 通じ、多職種と連携することで患者さんの安心・安全や健康に貢献します。

次の内容を薬剤師が説明いたしますので、同意していただける場合はご署名ください。

#### 《かかりつけ薬剤師が実施すること》

#### 薬剤師のが

- 1. 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続 的に把握します。
- 2. お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
- 3. お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
- 4. 処方医や地域の医療に関わる他の医療者(看護師等)との連携を図ります。
- 5. 開局時間内/時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
- 6. 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
- 7. 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
- 8. 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
- 9. 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。
- 注)かかりつけ薬剤師包括管理料は、医療機関で地域包括診療料/加算等が算定されている方が対象です。

《薬学的観点から必要と判断した理由》(かかりつけ薬剤師記入欄)	
《かかりつけ薬剤師に希望すること》(患者記入欄)	
□ 薬の一元的・継続的な把握 □ 他の医療関係者との連携	
□ 薬の飲み合わせなどのチェック □ 飲み残した場合の薬の整理	
□ 薬に関する丁寧な説明 □ 調剤後のフォロー	
□ 時間外の電話相談 □ 在宅療養が必要になった場合	の対応
□ かかりつけ薬剤師が不在の場合、かかりつけ薬剤師と連携する薬剤	師による対応※
□ その他(	)
※《希望する場合》(かかりつけ薬剤師記入欄)	
連携する薬剤師の氏名(	)※1名まで

薬剤師による説明を理解し、かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意します。

年 月 日

かかりつけ薬剤師	に関する情報

【経歴】

【認定薬剤師、専門薬剤師資格】

【修了した研修】

【論文、学会発表の実績】

【所属学会・団体、その他】

【連絡先】

かかりつけ薬剤師指導料(かかりつけ薬剤師包括管理料)について<説明用資料>

#### 薬の情報の一元的・継続的な把握

- 医療機関や当薬局以外でもらった薬がありましたら、その内容を薬剤師にお申し出ください。旅行など特別な場合を除き、原則として、処方箋は当薬局にお持ちください。かかりつけ薬剤師が薬局にいる時間は勤務表にてご確認ください。
- 使用している市販薬や健康食品などもあれば、併せてお知らせください。

#### かかりつけ薬剤師による薬の説明や指導

※薬剤師名(

- 医療機関を受診したり、ほかの薬局を利用される際には、「かかりつけ薬剤師」を 決めていることをお伝えください。
- 当薬局の連絡先や薬剤師名が記載されているお薬手帳を提示していただくと便利です。
- やむを得ない理由により「かかりつけ薬剤師」が対応できない場合は、ほかの薬剤師が責任をもって担当いたします。

#### お薬手帳

- お薬手帳を忘れずにご提示ください。
- 医療機関を受診したり、ほかの薬局を利用される際にも、その手帳を提出してください。

### 処方医との連携

○ 薬の使用中に気になることがありましたら、必ずお申し出ください。医師へ連絡するなど、適切に対応します。

## 開局時間外の対応

- 緊急時などのお問い合わせにも 24 時間対応します。
- お薬手帳に記載してある電話番号にご連絡ください。

#### 調剤後の対応

○ 薬の使用状況の確認が必要な場合や、重要な情報を入手した際には、当薬局から ご連絡します。

## 残薬の整理

○ 使用せずに残った薬や使用方法がわからなくて困っている薬がある場合は、お気軽に当薬局へお持ちください。

# 費用

- かかりつけ薬剤師指導料(76 点)に要する費用は、3 割負担の場合約230円です (※現在のご負担(服薬管理指導料)との実際の差額は、約60円または約100円 程度の増)。
- かかりつけ薬剤師包括管理料(291点)は3割負担の場合約870円ですが、調剤基本料、薬剤調製料と調剤管理料のご負担は生じません。
- かかりつけ薬剤師が対応できない場合は、服薬管理指導料(45 点または59 点)又は服薬管理指導料の特例(59 点)を算定します。

※ 同意はいつでも取り下げることができます。

# 患者の重複投薬等に係る報告書

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		
		(FAX)		
		保険薬剤師氏名		印
患者氏名				
性別(男・女) 生年	₣月日 年	月 日生 ( 歳)		
住所				
電話番号				
以下のとおり、重	複投薬等の状態	兄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	<b>員する情報</b>		
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	刘の一覧			
2 現任服用中の栄		参照すべき場合等については、必要に	広じて壬帳笠の写!	た法什
遊為八類豆什為此				T
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」の処方医
				療機関の番号

3 重複投薬等に関する状況						
「1」の処方医	压带口力 (4%压带口力)					
療機関の番号	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」の処方医 療機関の番号	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。