

## 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 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（要指導・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）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。