

(別紙様式 1-1)

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

電話番号

(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、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。