

(別添様式 3)

## 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

( F A X )

保陰藥劑師氏名

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 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

[illegible]

### 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。