

FAX

送信先 信州大学医学部附属病院薬剤部 0263-37-3034

服薬情報等提供料に係る情報提供書

信州大学医学部附属病院 御中

担当医

科

先生 御机下

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
患者 ID	生年月日 年 月 日 (歳)
住所	電話番号
処方せん発行日 年 月 日	調剤日 年 月 日
1 処方薬剤の服用状況（コンプライアンス）及びそれに対する指導に関する情報	
2 併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、健康食品を含む）の有無（有・無） 薬剤名等：	
3 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）に関する情報	
4 症状等に関する家族、介護者等からの情報	
5 薬剤師からみた本情報提供の必要性	
6 その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）	

[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、処方せんの写しを添付すること。
- 4 「5」については、薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合のみ、記載すること。