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

平成　　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  患者ID  住所 | 性別 男・女  生年月日　　　　年　　 月　 　日（　　　歳）  電話番号 |
| 処方せん発行日　平成　　 年　　 月　　 日 | 調剤日　　　平成　　　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。