

(別紙様式1)

情報提供先医療機関名

担当医

科

殿

平成 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 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 職業
住所
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. 処方薬剤の服薬状況 (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、いわゆる健康食品を含む。) 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)	

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。

