（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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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、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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬効分類又は効能・効果 | 医薬品名（先発医薬品名） | 服用開始時期 | 「１」の処方医療機関の番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３　重複投薬等に関する状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 「１」の処方医療機関の番号 | 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」の処方医療機関の番号 | 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。