（別紙様式１－１）

 患者の服薬状況等に係る情報提供書

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、情報提供いたします。

|  |
| --- |
| 情報提供の概要： |

|  |
| --- |
| １　処方薬の情報　薬剤名等： |
| ２　併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報　薬剤名等： |
| ３　処方薬剤の服用状況（アドヒアランス及び残薬等）及びそれに対する指導に関する情報 |
| ４　患者、家族又は介護者からの情報（副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等） |
| ５　薬剤に関する提案 |
| ６　その他 |

［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、手帳又は処方箋等の写しを添付すること。