**服薬情報等提供料に係る情報提供書**

平成　　 年　　 月 　　日

安曇野赤十字病院　御中

担当医　 　　　　　　科 　　　　　　　先生侍史

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　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名  性　別　（　男　・　女　）  生年月日　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） | 住　所  電話番号 |
| 処方箋発行日　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） | |

［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。