（別紙様式２）

**服薬情報等提供料に係る情報提供書**

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ）

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．処方薬の情報▼  　　薬剤名等：  　　併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品も含む）の情報（有・無）▼  　　薬剤名等： | |
| ２．処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報 | |
| ３．患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報 | |
| ４．症状等に関する家族、介護者等からの情報 | |
| ５．薬剤に関する提案 | |
| ６．薬剤師からみた本情報提供の必要性 | |
| ７．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 「１」については、処方医に連絡する際に、必要に応じて、処方薬と併用薬を分けるなどの

工夫をして記載すること。

５　「５」及び「６」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。