

(別紙様式1)

## 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

( 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）	

[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。