



<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は専用電話番号 0283-22-5380 をお願いします。

処方医師 _____ 科 _____ 先生御机下 _____ 報告日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

服薬情報提供書

| | | | |
|--|-----|-----|--------------|
| 患者イニシャル | (姓) | (名) | 患者 ID (医療機関) |
| 保険薬局名 | | | 電話番号 |
| 所在地 | | | FAX番号 |
| 処方せん交付年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 担当薬剤師 _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して同意を得ています。 (<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護者 から) <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。 | | | |

処方せんに基づき調剤を行い薬剤交付いたしました。

下記の通りご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【報告事項】

服用薬剤調整支援に関する提案 (ポリファーマシーに関わる提案)
 服薬状況 有害事象疑い
 処方内容に関連した提案 患者の訴えに関する情報
 残薬報告 (下欄に記入) 家族、介護者からの情報
 その他 (_____)

(薬剤師からの報告詳細内容・提案事項)

(残薬報告)

* 残薬が生じた理由

飲み忘れが重なった 処方日数が再診日より多かった
 飲む量や回数を間違った 別の医療機関で同じ薬を処方された
 自分で判断し飲むのをやめた (理由: _____)
 その他 (_____)

* 残薬回避のための提案事項

返信欄 (保険医療機関→保険薬局) _____ 年 _____ 月 _____ 日

対応 (医師記入欄) _____ 対応医師: _____

報告内容を確認しました。 次回から提案通りの内容に変更します。
 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

(内容)

対応 (病院薬剤師記入欄) _____ 対応薬剤師: _____

再診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険薬局への連絡: _____ 年 _____ 月 _____ 日