FAX:03−3713−9687 厚生中央 薬剤部

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医等(ｶﾙﾃ記載)

総合病院 厚生中央病院 御中　　報告日:　　年　　月　　日

②

服薬情報提供書(ﾄﾚｰｼﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄ)<一般用>

送付枚数:計　枚

担当医・主治医・処方医　　科 医師 宛て	保険薬局(名称) 住所: 電話番号: ハイフンなし FAX番号: 担当薬剤師:　　様
厚生中央ｶﾙﾃ番号: 患者名:	

本情報を伝えることについて、当該患者もしくは家族等の同意の有無(同意の取得を原則としてください)
☐ 同意を得た(☐本人 ☐家族等(　　))　☐ 同意を得ていない
☐ 担当薬剤師の判断により報告(理由:　　)

以下のとおり、ご報告いたします。

処方箋発行日:　　年　　月　　日

内容の分類

☐ ポリファーマシーに伴う減薬提案
☐ 処方内容に関連した提案(上記以外)
☐ 服薬状況(ｱﾄﾞﾋｱﾗﾝｽ)とそれに関する指導内容
→病識、服薬意義理解 ☐良好 ☐乏しい
☐ 患者の訴え(アレルギー情報等)
☐ 副作用発現もしくは疑い(※)
☐ OTC・ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄに関する情報
☐ その他 (詳記:　　)

上記内容詳細 (コンプライアンス良好報告:不良の状態があった患者、特段報告が必要な薬剤の場合ですと大変役立ちます)

保険薬剤師としてのご提案事項

※ 緊急性があるものは、疑義照会で対応し、患者の状況に応じて受診勧奨をしてください。
※ 残薬調整に関するトレーシングレポートは別途書式を用意しておりますので、そちらにご記入ください。

厚生中央病院　薬剤部　記載欄

受領・確認日:20　　年　　月　　日	対応日:☐左記同日 ・　　月　　日	対応者
☐ 本件についてカルテ記載をした ☐ 処方医に口頭伝達した ☐ 確認しました	☐ 病状の評価により悪化時は受診勧奨を願います ☐ 適切な吸入デバイスのご提案を願います ☐ 定期的なご確認をお願いいたします	

その他:

☐ 次回は疑義照会にてご対応ください。　☐ 添付資料あり
☐ 本書は新しい様式に更新していますので次回は新しい様式でご記入ください。

保険薬局FAX番号確認:☐ＨＰ　☐電話連絡　☐登録薬局