**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　　関西医科大学香里病院　　御中

担当医 科 殿

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

薬局名 電話

住所 （ＦＡＸ）

保険薬剤師名 ㊞

性別（男・女） 　　　　生年月日 ： 明・大・昭・平・令　　　 年 月 日生（　　　　歳）

患者氏名

患者ＩＤ

処方せん発行日　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　調剤日 　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） |
| ７．患者、家族の同意　　　　　　・上記記載事項を医療機関と共有することの同意を　　　得た。　　　得ていない。　　　　　 ・　　　　患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上必要と思われるので報告します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**宛名ラベル**

|  |
| --- |
| 〒572-8551 寝屋川市香里本通町8番45号　　　　　関西医科大学香里病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　　　服薬情報等提供書等　　在中 |