

# 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)

保険薬剤師名

㊞

患者ID	PSC予約日	20 年 月 日
患者氏名	入院予定日	20 年 月 日
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		

処方箋発行日: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、いわゆる健康食品を含む)の情報(有・無し)▼ 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. 薬剤師から見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)	