

対応者 (病院)	カルテ 記載	取込

〈注意〉 この情報提供は、疑義照会ではありません

松波総合病院 FAX: 058-388-0721 (薬局直通)

まつなみ健康増進クリニック FAX: 058-388-5330 (薬局直通)

服薬情報等提供料に係る情報提供書

松波総合病院・松波健康増進クリニック

担当医 _____ 科 _____ 先生 御机下 _____ 年 月 日

この情報を伝えることに対して患者の同意：得ています 得ていません (いずれかにチェック)

【患者】 患者 ID 患者氏名 (男・女) 生年月日 西暦 年 月 日 (歳)	【情報提供元保険薬局】 名称 所在地 電話 FAX 保険薬剤師名 (印)
---	---

処方箋発行日： _____ 年 月 日	調剤日： _____ 年 月 日 (□発行日に同じ)
情報提供 提案内容 の区分	<input type="checkbox"/> 1 処方薬の情報 薬剤名等： 併用薬剤等(一般名医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む)の情報 (有・無) 薬剤名等：
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 4 症状等に関する家族、介護者からの情報
薬剤師からの情報提供等	
薬剤師からみた本情報提供の必要性	
その他特記すべき事項	