

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

____年 ____月 ____日

松波総合病院・まつなみ健康増進クリニック

担当医 _____ 科 _____ 先生 御机下 _____

<p>【患者】</p> <p>患者 ID _____</p> <p>患者氏名 _____</p> <p>この情報を伝えることに対して患者の同意： <input type="checkbox"/> 得ています <input type="checkbox"/> 得ていません (いずれかにチェック)</p>	<p>【情報提供元保険薬局】</p> <p>名称 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話 _____</p> <p>FAX _____</p> <p>保険薬剤師名 _____</p>
<p>情報提供 提案内容 の区分</p>	<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
<p>薬剤師からの情報提供等</p>	
<p>薬剤師からみた本情報提供の必要性</p>	
<p>その他特記すべき事項</p>	