

様式 2

## 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

( 千葉県立佐原病院 FAX:0478-52-9454 TEL:0478-54-1231 )

担当医 科 先生

西暦 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称  
( )

電話

FAX

保険薬剤師氏名 (印)

患者 ID	
患者氏名	様 性別(男・女) 明・大・昭・平・令 年 月 日( 歳)
住 所	
電話番号	
処方箋発行日 西暦 年 月 日	調剤日 西暦 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、健康食品を含む)の有無(有・無)	
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 その他特筆すべき事項(薬剤保管状況等)	

※ 記載上の注意

- 1 必要がある場合には続紙に記載して添付すること
- 2 わかりやすく記入すること
- 3 必要な場合には、処方箋の写しを添付すること
- 4 「5」については、薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合のみ記載すること