患者の服薬状況等にかかる情報提供書

情報提供先保険医療機関名：東京都健康長寿医療センター

担当医：　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　殿

令和　　　　年　　　　月　　　　日

情報提供元保険薬局の所在地および名称

電話

ＦＡＸ

保険薬剤師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　性別（ 男　・　女　） 生年月日 　 年　 月 　 日生（　 歳）

住所

電話番号

以下の通り、情報提供いたします

|  |
| --- |
| 1　　情報提供の概要 |
| 2　　処方薬の情報 |
| 3　　併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、健康食品等）の情報 |
| 4　　処方薬剤の服用情報（アドヒアランス及び残薬等）及びそれに対する指導に関する情報 |
| 5　　患者、家族または介護者からの情報（副作用のおそれがある症状および薬剤服用に係る意向等） |
| 6　　薬剤に関する提案 |
| 7　　その他 |

［記載上の注意］

1　必要に応じて、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　必要に応じて、手帳または処方箋の写しを添付すること