

(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 〒171-0043 東京豊島区要町3-36-3

名称 診療中央薬局

電話番号 03-3973-6161

(FAX) 03-3973-2332

保険薬剤師氏名 診療太郎 ㊞

患者氏名	_____ 様	性別	男・女
患者住所 電話番号	〒 _____ 電話 () 番		
生年月日	明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	職業	_____

(別紙様式1)

処方せん発行日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	調剤日	平成 _____ 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、いわゆる健康食品を含む)の有無 (有・無) 薬剤名等:			
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. その他特記すべき事項(薬剤保管状況等)			

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、処方せんの写しを添付すること。
4. 「5. 薬剤師からみた本情報提供の必要性」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。