服薬情報等提供料に係る情報提供書

福岡東医療センター

　　担当医　　　　　　　　科　　　　　　　　　　御侍史

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　情報提供元保険薬局　　薬局名：○○薬局

　　　　　　電　話：○○○-○○○-○○○○　　　　ＦＡＸ：○○○-○○○-○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告薬剤師氏名：

|  |
| --- |
| 患者ID  　患者氏名  　　　性別（　男　・　女　）　生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　　歳）  　　　住　　所：  　　　電話番号： |

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋発行日　　令和　　年　　月　　日 | 調剤日　　令和　　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） | |

（記載上の注意）

必要な場合は処方箋の写しを添付すること

「5」については、薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合にのみ記載すること

（文書の流れ）院外薬局→福岡東医療センター薬剤部→主治医→医事課（外来係）→ICファイル

（手順）

院外薬局は、この文書を作成後速やかに「福岡東医療センター薬剤部」へFAXする。

原本は翌月初旬にまとめて「福岡東医療センター薬剤部」宛に郵送する。