服薬情報提供書

　　　　年　　　　月　　　　日

藤田医科大学七栗記念病院　薬剤課　　FAX　059-252-1383

　　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

以下の患者様の調剤における情報提供をいたします。

患者ID　：　　　　　　　　　　　　　患者氏名　：

情報提供内容（□へ✓をつけ、以下の該当箇所へ記載して下さい）

　　　□　かかりつけ薬剤師に関すること　　　　　□　ポリファーマシー（経過観察）に関すること　→　下記１，４，５記載

　　　□　分割調剤に関すること　　　　　　　　　　□　訪問薬剤管理指導指示依頼

□　残薬に関すること　　　　　　　　　　　　　□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

主治医への報告に対する患者の同意について　　　（　□　あり　　□　なし　）

|  |
| --- |
| 1. 服薬状況（アドヒアランス）　　　□　良好　　□　やや良好　　□　やや不良　　□　不良 |
| 2　　残薬状況　　□　無　（予備薬含む）　□　有　　→　　6の欄に残薬数記載  →　　次回受診時薬剤調整依頼希望　　□　無　　　□　有 |
| 3　　併用薬剤等（一般医薬品、医薬部外品、健康食品を含む）の有無　　　□　無　　　□　有　→　　6の欄に記載 |
| 4　　薬物有害事象　　□　無　　□　疑い有り　　被疑薬・症状： |
| 5　　（ポリファーマシー）　内服薬剤数　（来局時剤数 ：　　　　　　　　剤）（退院後約1ヶ月・屯用薬は含めず）  　　　　　　追加薬・中止薬 ： |
| 6　　その他特記すべき事項　（指導内容や経過観察内容等上記詳細記載）   * 返信不要　　□ 電話での返信希望　　□　FAXでの返信希望 |

　　　　　　　　　　　　　　薬局名　　　　　　　　　　　　　薬剤師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　　FAX：

○ 七栗記念病院薬剤課宛にFAXをしてください。（FAX　059-252-1383）

○ 緊急性の高い情報提供は、従来の「処方内容等の問い合わせ票」での対応をお願いいたします。

2018.10　作成　藤田医科大学七栗記念病院　薬剤課