



服薬情報等提供料に係る服薬情報提供書

処方医： _____ 科 _____ 先生 御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ID : 患者名 : 処方箋発行日 調剤日	保険薬局 名称・住所 TEL : _____ FAX : _____ 担当薬剤師 : _____ 印
--------------------------------	--

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 併用薬剤等の有無 <input type="checkbox"/> 患者の訴え（アレルギー・副作用） <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 症状等に関する家族・介護者からの情報 <input type="checkbox"/> 薬剤師からみた本情報提供の必要性 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
薬剤師からの情報提供・提案内容（※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入すること） <input type="checkbox"/> 次頁に処方箋を FAX いたします。	
※ 残薬が生じた理由（複数選択可） <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 同じ医薬品が処方されていた <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた（理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
※ 残薬を回避するための対応（必ず選択してください） <input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて意義や重要性について指導しました。 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
◇ 医師への提案 <input type="checkbox"/> （変更 or 中止）を提案します。（理由／提案内容： _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

<注意> この FAX による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。