**服薬情報提供書（保険薬局→市立根室病院）**

FAX：市立根室病院薬剤部 0153-24-6538　　　報告日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　科  先生　御侍史 | 保険薬局　名称・所在地  TEL：　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師： |
| 患者ID：  患者名： |
| この情報提供についての同意：  □ 患者から取得済み　　□ 患者から取得していないが、治療上重要と考えられるため報告 | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り情報提供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 | □ 服薬状況（アドヒアランス）に関する情報  □ 併用薬・OTC・サプリメント・健康食品等に関する情報  □ 多剤の処方・投与（ポリファーマシー）に関する情報  □ 患者の訴え（副作用と思われる症状等）に関する情報  □ 患者家族、介護者からの症状等に関する情報  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |
| 情報提供内容： | | |
| 薬剤師としての提案事項 | | |
|  | | |
| 処方医から保険薬局への返信欄 | | |
| □ 次回から提案どおりの内容に変更  □ 提案内容について考慮しましたが、現状のまま継続し経過観察  □ 提案内容について考慮し、以下のように対応  医師名： | | |
|  | | |
| ＜注意＞ この服薬情報提供書は疑義照会書ではありません。患者からの聞き取り情報（アドヒアランス、OTCや健康食品の併用）など、「緊急を要さない情報」について医師へ情報をフィードバックするレポートです。 | | 対応者 |
|  |