**服薬情報等提供料に係る情報提供書**

**聖路加国際病院　担当者　御中　　　　　　　　　　　【FAX：03-3543-7307】**

下記患者様の服薬情報について、以下の通りご報告いたします。

**〒104-8560東京都中央区明石町9-1　聖路加国際病院  
☏:FAX:03-3543-7307**

　診療科： 　科 　担当医名　　　　　　　　　　　　　　　.

|  |
| --- |
| 患者ＩＤ：  患者氏名（フリガナ）：  性別：男・女　生年月日：明・大・昭・平　　　年　　月　　日生（　　歳）職業： |

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋発行日：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］

　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、処方箋の写しを添付すること。

情報提供元保険薬局

名称：  
所在地：  
電話：  
FAX：  
保険薬剤師名：　　　 　　　　　　　　　印