

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。

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

〒104-8560 東京都中央区明石町 9-1 聖路加国際病院

☎:FAX:03-3543-7307