

服薬情報提供書

保険調剤薬局→公立昭和病院
042-466-9490までFAXしてください

公立昭和病院

科

先生

平成 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

薬局名
住所

電話
(FAX)
保険薬剤師名

㊞

患者ID 患者氏名
性別(男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生(歳)

処方せん発行日 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、介護者等からの情報

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)