

# 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  
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 (印)

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

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。(処方箋受付日: 年 月 日)  
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

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)