

大崎市民病院 御中

報告日 年 月 日

服薬情報提供書

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名: 所在地:
交付年月日 年 月 日	電話番号: () FAX 番号: ()
患者 ID: 患者氏名: 生年月日:	担当薬剤師名: 印 (<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非)
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要と考えられるので報告いたします。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付を行いました。

下記の通りご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【報告事項】 <input type="checkbox"/> 服用薬剤調整支援に関する提案 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い <input type="checkbox"/> 服薬指導内容 <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> アレルギー情報 <input type="checkbox"/> その他 () * 特定薬剤管理指導加算 2(がん化学療法)の報告は専用の様式を使用してください。 (当院ホームページ「保険薬局の方へお知らせ」よりダウンロードできます。)
【上記選択肢詳細内容】
【薬剤師としての所見・提案事項】