

服薬情報提供書

診療科	先生御机下	保険薬局名
担当医		
患者ID		電話番号
患者名		FAX番号
処方せん交付日		担当薬剤名
この情報を伝えることに対して同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護者から		

【内容】チェックを入れて下さい

- 薬剤の服薬状況(アドヒアランス)・残薬調整 ポリファーマシー
 処方内容に関連した提案 副作用 その他

【所見】

【薬剤師からの提案事項】

主治医の先生へ

内容を確認されましたら、返信欄にご記入いただきますと幸いです。

【返信欄】

月 日 医師名

- 報告内容を確認しました。
 処方変更なく、経過観察します。
 次回から提案通りに処方内容を変更します。
 提案の内容を考慮し以下のように対応します。

()
 その他 ()
()