



服薬情報提供書

浜松医療センター 科 先生御侍史

保険薬局名・住所・電話・FAX・薬剤師名

患者 ID

患者名

この情報を主治医へ伝えることに対して患者の同意を

 得た 得ていない 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるため報告致します。

月 日に処方せんに基づき調剤を行い、患者様へ薬剤をお渡し致しました。

服薬状況につきまして、下記のとおりご報告致します。

報告事項

- 服薬アドヒアランス：問題あり 問題なし
- 調剤時に残薬の有無を確認：未確認 残薬あり 残薬なし
- 他医療機関での抗血栓・抗血小板薬処方の有無：あり なし
- 症状に関する（介護者などからの）情報：あり なし
- その他の薬学的提案の有無：あり なし

上記の項目について提案や問題がある場合は、自由記載欄へ詳細を記載願います。

自由記載欄

医師からの返信欄

- 報告内容を確認させていただきました。今後とも宜しくお願い致します。
- 次回診察時に処方日数を調節させていただきます。
- ご報告内容につきまして経過観察させていただきます。
- 下記のとおり対応させていただきます。

年 月 日 医師名 _____

<注意> 本様式による情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会の場合、別途手続きをお願い致します。