

# 服薬情報提供書

診療所・病院

2020年 月 日

殿

※全ての欄に記入する必要はありません。必要と考えられる情報の欄のみに記入ください。

ふりがな <b>患者氏名</b>		情報提供元施設の所在地及び名称 住所 薬局
性別：男・女 生年月日： 年 月 日生（ 歳） 住所： 電話番号：		電話： F A X： e-mail： 薬剤師氏名： 印
かかりつけ登録	<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 登録済（ ）	
連携職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員(ケアマネジャー) 事業所： 氏名 TEL	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護師 ステーション名： 氏名 TEL	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 事業所： 氏名 TEL	
今回の目的	<input type="checkbox"/> 残薬、重複調剤、多施設受診調整 外来服薬支援、入退院支援 調整（該当に○） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

書ききれない場合は 添付

<b>使用薬（一般用医薬品・健康食品等を含む）</b>					
<input type="checkbox"/> 降圧剤・循環器疾患治療薬 <input type="checkbox"/> 抗血栓薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病治療薬 <input type="checkbox"/> 脂質異常症治療薬 <input type="checkbox"/> 胃腸薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症治療薬 <input type="checkbox"/> 精神系疾患治療薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
詳細は下記のとおり。					
直近処方箋 添付 有 ・ 無 直近処方日 日分					
<薬剤名/規格>	<用法用量>	<前回処方日数>	<処方日>	<残薬>	<備考>
①		日分			
②		日分			
③		日分			
④		日分			
⑤		日分			
⑥		日分			
※書ききれない場合は別紙添付（別添資料： <input type="checkbox"/> 処方箋コピー <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供文書 <input type="checkbox"/> 退院時服薬指導書 <input type="checkbox"/> その他）					
介護保険サービス 状況（同居家族・介護支援等情報） 居宅療養指導・在宅服薬管理 有 無					
<b>調剤上の留意点（粉砕・別包等）</b>					
<b>原疾患・既往歴情報 医師からの指示があれば処方箋記載・もしくは添付お願いいたします</b>					
<b>副作用歴・アレルギー歴</b>					
<input type="checkbox"/> あり〔 〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
<b>服薬状況等</b>					
①服薬介助 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 要介助 → 薬の管理・介助者（ ）					
②コンプライアンス <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良					
<b>その他特記事項（処方目的、患者への服薬指導上で注意すべき事項等）</b>					