

多職種→保険薬局→(照会窓口)→主治医

保険薬局報告日: 年 月 日

様 服薬情報提供書

保険医療機関の名称
保険医師名

保険薬局名

所在地

先生 御机下

TEL:

FAX:

FAX:

担当薬剤師名

印

平素は、格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

当該患者様の詳細を全て把握しておりませんが、多職種連携により、次のとおり問題点を把握し、
薬剤師として処方提案を検討致しました。次回処方のご参考になれば幸いです。

また、必要時には次の項目につきご教示のほど何卒宜しくお願い申し上げます。

発信元: 医師

当該患者さんの処方内容について ☐ 処方変更 ☐ 次回処方までに検討 ☐ 変更不可 ☐ その他

コメント

発信元: 保険薬局

②

③ 回答日: 年 月 日

この情報を伝えることに対して患者の同意を

☐ 得た☐ 得ていないが、治療上重要だと思われるため報告問題点・懸念事項
(複数回答可)薬剤師としての提案事項
(複数回答可)

左記選択肢の詳細

(その他、薬物保管状況等特記すべき事項を含む)

☐ 重複投与☐ 処方(他剤)変更☐ 服用困難☐ 処方(他剤)提案☐ 残薬☐ ご相談☐ 禁忌・慎重投与☐ ご報告☐ 薬物有害事象☐ その他☐ 用法変更☐ 用量変更☐ 剤形☐ その他

発信元: 多職種 (医師・薬剤師以外)

①

④ 連絡日: 年 月 日

報告日: 年 月 日

この情報を伝えることに対して患者の同意を

施設名:

☐ 得た☐ 得ていないが、治療上重要だと思われるため報告

TEL:

FAX:

☐ 看護師職種: ☐ 介護士☐ 介護支援専門員☐ その他 ()

報告内容(気になること)

☐ 患者からの訴え☐ 家族からの情報☐ その他【報告者等が発見】

〔注意〕 緊急性のある内容の場合は、電話等の速やかに伝達できる方法で疑義照会して下さい。