

日薬統一様式 薬剤適正使用のための施設間情報連絡書

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。

フリガナ		情報提供元施設の名称
患者氏名		
性別	:	電話
生年月日	:	F A X
住所	:	e-mail
電話番号	:	薬剤師氏名
		印

使用薬(一般用医薬品・健康食品等を含む)	
※当該患者さんの情報は、この文書とは別に、以下(チェック(レ)印のもの)があります。	
<input type="checkbox"/> お薬手帳	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供文書
<input type="checkbox"/> 退院時服薬指導書	
医療機関(診療科名、処方医名) / 処方日又は調剤日 / 医薬品名 / 用法・用量 等	

調剤上の留意点(粉碎・別包等)

副作用歴・アレルギー歴	(
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明)

服薬状況等	(
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)

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)

この文書を受け取った薬剤師の方は、上記情報提供元施設までFAXで確認済みのご返送をしてください。