

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 患者氏名		情報提供元施設の名称
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

<p>使用薬(一般用医薬品・健康食品等を含む)</p> <p>※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。</p> <p><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</p> <p>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</p>

<p>調剤上の留意点(粉碎・別包等)</p>

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

<p>服薬状況等</p> <p>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()</p> <p>②コンプライアンス <input type="checkbox"/> 良 () <input type="checkbox"/> 不良</p>

<p>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)</p>

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。