|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 　 |  | 送付先： | 長崎県五島中央病院　地域連携室　 |  |
|  |  |  | FAX 0959-75-0657 |  |  |
|  |  | 貴施設→地域連携室→（薬局）→医師 |  |
| 　 | 服薬情報提供書 |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 報告日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|  | <注意>このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話連絡にてお願いします。 |  |
|  | 情報提供先医療機関名　　長崎県五島中央病院 |  |  |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 情報提供元保険薬局の所在地及び名称 | 　 |  |
|  | 担当医 |  | 先生御机下 |  |  | 　 |  |
|  | 　 |   |  |  |  |  |
|  | 患者ID |  | 性別（当てはまる項目に☑） |  |  |  |
|  | 　 | 　 |  |  | 電話 |  |  |
|  | 患者氏名 |  | （ [ ] 男　・[ ] 女） |  |  |  |  |
|  | 　 | 　 |  | 　 |  | 　 |  |  |  | FAX |  |  |
|  | 生年月日　　　　　　　　 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  |
|  | 患者からの同意（当てはまる項目に☑）　 |  | 　 |  | ㊞ |  |
|  |[ ]  得た |  |  | 薬剤師名 |  |  |  |
|  |[ ]  得ていませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。 | 　 |  |
|  |  |  | 　 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 処方箋発行日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 調剤日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |
|  | 情報提供内容（当てはまる項目に☑） | 　 |  |
|  | 　[ ]  | 1 処方薬剤の情報（併用薬剤等の有無を含む） |  |
|  | 　[ ]  | 2 処方薬剤の服薬状況や、それに対する指導の情報 |  |
|  | 　[ ]  | 3 患者の訴え、患者の薬剤服用に対する意向に関する情報 |  |
|  | 　[ ]  | 4 症状等に関する家族、介護者からの情報 |  |
|  | 　[ ]  | 5 薬剤に関する提案 |  |
|  | 　[ ]  | 6 その他特記すべき事項（薬剤保管状況等） |  |
|  | 提供情報の概要・詳細 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 薬局からの提案 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 　 |  |
|  | 2023年8月作成 | 長崎県五島中央病院　薬局 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |