



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

担当医	先生御机下
患者 ID	性別(当てはまる項目に☑)
患者氏名	(☐男・☐女)
生年月日	年 月 日

患者からの同意(当てはまる項目に☑)

- 得た  
 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。

情報提供元保険薬局の所在地及び名称
電話
FAX
薬剤師名 <span style="float: right;">(印)</span>

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