



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 XXXX 年 XX 月 XX 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	〇〇 〇〇	先生御机下
患者 ID	〇〇〇〇〇	性別(当てはまる項目に☑)
患者氏名	〇〇 〇〇	(☑男・☐女)
生年月日	XX 年 X 月 X 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 長崎県五島市〇〇町〇〇〇—〇	
電話	0000-00-0000
FAX	0000-00-XXXX
薬剤師名	〇〇 〇〇 (印)

処方箋発行日 XXXX 年 XX 月 X 日

調剤日 XXXX 年 XX 月 XX 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

処方薬剤の〇〇錠3錠3X 毎食後の昼食後分の薬剤を飲み忘れることが多く、残薬が大量にある状態です。又、患者さんは昼食後分の薬剤を服用しなくても体調に変わりはないと話されています。

薬局からの提案

可能であれば〇〇錠の昼食後服用分の中止等を検討していただければと思います。