京都第一赤十字病院　薬剤部

FAX：**０７５－５３３－１２６０**

服薬情報等提供料に係る服薬情報提供書

処方医：　　　　　　　　科　　　　　　　先生　御机下　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ID：患者名：　　　　　　　処方箋発行日調剤日 | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | 　 ☐ 処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）及びそれに対する指導　 ☐ 併用薬剤等の有無　☐ 患者の訴え（アレルギー・副作用）　 ☐ 残薬調整に関する情報提供　　☐ 症状等に関する家族・介護者からの情報　 ☐ 薬剤師からみた本情報提供の必要性　☐ その他（ 　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容（※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入すること）　☐ 次頁に処方箋をFAXいたします。 |
| ※ 残薬が生じた理由（複数選択可）☐ 飲み忘れが積み重なった　　　　　☐ 新たに別の医薬品が処方された　☐ 飲む量や回数を間違っていた☐ 同じ医薬品が処方されていた　　　☐ 自分で判断し飲むのをやめた（理由：　　　　　　　　　　　　　）☐ 処方日数が服用日数より多かった　☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ 残薬を回避するための対応（必ず選択してください）☐ 適切な服薬に向けて意義や重要性について指導しました。☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◇ 医師への提案☐ （変更 or 中止）を提案します。（理由／提案内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜注意＞ このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。