



FAX:名古屋市大西部医療センター薬剤部 052-991-8207

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

報告日： 年 月 日

患者の服薬状況等に係る情報提供書

診療科：	科	保険薬局 名称・所在地
処方医：	先生御侍史	
患者 ID：		電話番号：
患者名：		FAX 番号：
		担当薬剤師名：
以下の通り、情報提供いたします。 情報提供の概要：		
処方箋交付年月日： 年 月 日		

1. 処方薬の情報 薬剤名等：
2. 併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報 薬剤名等：
3. 処方薬剤の服用状況（アドヒアランス及び残薬等）及びそれに対する指導に関する情報
4. 患者、家族又は介護者からの情報（副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等）
5. 薬剤に関する提案
6. その他

[記載上の注意]

1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付してください。
2. 必要な場合には、手帳又は処方箋等の写しを添付してください。

※一般名処方に基づいた調剤および後発医薬品の変更調剤（銘柄変更を含む）については、患者にお薬手帳を持参するよう指導してください。連絡は不要です。

★電子カルテ スキャン文書「文書種別：51_服薬情報提供書」