



名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

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	
(処方せん右上の10桁、ゼロは省略可)		電話番号:
患者ID:		FAX番号:
患者名:		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		

以下、必要時ご記入ください

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]

- 必要がある場合には、続紙に記載して添付してください。
- 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、連絡は不要です。患者さんにお薬手帳を持参するようご指導ください。