

服薬情報提供書

診療科 科 担当医 医師, 処方日 月 日 (曜)

いつもお世話になっております、このたび下記患者様の服薬状況に関する情報提供をさせていただきます。

患者 ID	
患者氏名	

《担当薬剤師からの提案事項》

1. 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内容の情報提供	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2. 患者の訴え（副作用・アレルギーと思われる症状）に関する情報提供	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
3. 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品、そのほか健康食品を含む）の情報提供	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
4. 症状に関する訴え（家族や介護者などからを含む）の情報提供	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
5. その他、特記する事項	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

指導日 年 月 日 薬局 (FAX;)

担当薬剤師 ()