**薬剤適正使用のための施設間情報連絡書**

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　様

**※全ての欄に記入する必要はありません。必要と考えられる情報の欄のみに記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者番号****ふりがな****患者氏名** | **様** |  | 情報提供元施設の所在地及び名称 |
| 性別：生年月日：住所：電話番号： |  | 電　話：ＦＡＸ：薬剤師名： |  |

|  |
| --- |
| **使用薬(一般用医薬品・健康食品を含む)****※当該患者さんの情報は、この文書とは別に、以下（チェック（レ）印のもの）があります。****□お薬手帳　　　　　□薬剤情報提供文書　　　　　□退院時服薬指導書** |
| **医療機関(診療科名、処方医名)　／　処方日又は調剤日　／　医薬品名　／　用法・用量　等** |
|  |
| **調剤上の留意点（粉砕・別包等）** |
| **副作用歴・アレルギー歴** |
| □あり□なし□不明 |  |
| **服薬状況等**①服薬介助　□自己管理　□要介助→薬の管理・介助者(　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)②ｺﾝﾌﾟﾗｲｱﾝｽ □良□不良 |
| **その他特記事項（処方目的、患者への服薬指導上で注意すべき事項等）** |

**この文書を受け取った薬剤師の方は、上記情報提供元施設の薬剤師までご連絡下さい。**