**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。**