津島市民病院　薬剤室宛　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局　→　薬剤室　→　主治医

**FAX：0567-28-5533**

**【特定薬剤管理指導加算２】服薬情報提供書**

報告日：　　　　　年 　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者名： | 保険薬局　名称・所在地電話番号： FAX番号：担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を[ ] 得た。　　[ ] 得ていない。[ ] 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるため報告します。 |
| 患者情報確認日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　時ごろ　 |
| 聞き取り方法：[ ] 服薬指導時 　[ ] 電話　 [ ] 在宅訪問　 [ ] その他（　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| ご自宅での状況について報告いたしますレジメン名【　　　　　　　　　　　　　】化学療法実施日【　　　月　　　日】＜処方薬の服薬状況＞[ ] 服薬できている [ ] しばしば服薬しないことがある [ ] 休薬中（　　/　　～） （しばしば服用しないことがある、休薬中に該当した場合）理由：[ ] 飲み忘れ　 [ ] 治療に消極的　 [ ] 残薬　 [ ] 副作用の発現[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）＜副作用発現状況＞[ ] なし　　[ ] あり ※治療開始前からあった症状については、悪化した場合「あり」に☑ |
| 薬学的観点からみた情報提供・その他報告事項[ ] 特になし  |

※服薬情報提供書は、次回診察日までに情報提供したい内容について明瞭簡潔に記載をお願い致します。緊急性の高い場合は疑義照会をお願い致します。

本件に関する問い合わせ、疑義紹介先　津島市民病院：0567-28-5151（代表）　内線6228