

(別紙様式1)

情報提供先医療機関名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電 話

( F A X )

保険薬剤師氏名

印

患者氏名 性別(男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生( 歳) 職業 住所 電話番号
--

処方せん発行日 平成 年 月 日	調剤日 平成 年 月 日
処方薬剤の服薬状況(コンプライアンス)に関する情報	
併用薬剤等(一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。)の有無(有・無) 薬剤名等:	
患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)に関する情報	
症状等に関する家族、介護者等からの情報	
その他特記すべき事項(薬剤保管状況等)	

注意1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。

2. わかりやすく記入すること。

3. 必要な場合には、処方せんの写しを添付すること。