

患者の服薬状況等に係る情報提供書

情報提供先保険医療機関名

担当医

科

殿

令和 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 年 月 日生 (歳)

住所

電話番号

以下のとおり、情報提供いたします。

情報提供の概要：

1 処方薬の情報

薬剤名等：

2 併用薬剤等 (要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。) の情報

薬剤名等：

3 処方薬剤の服用状況 (アドヒアランス及び残薬等) 及びそれに対する指導に関する情報

4 患者、家族又は介護者からの情報 (副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等)

5 薬剤に関する提案

6 その他

[記載上の注意]

- 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、手帳又は処方箋等の写しを添付すること。

医師の指示による 入院前中止薬	
自己調節している薬	
3 患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）	
服薬管理者 （当てはまるものに☑）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
服薬状況に関する留意点	
退院時の処方の際に お願いしたいこと	
4 併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報	
5 その他	

[記載上の注意]

- 1 保険医療機関への情報提供にあたっては、「1」、「2」及び「3」を記載した上で、必要に応じて「4」又は「5」により、患者の処方状況を報告すること。
- 2 服薬管理を行っている者について、あてはまる項目に☑を付けること
- 3 必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること。
- 4 必要に応じて、続紙に記載して添付すること。
- 5 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること。

服用薬剤総合評価シート

1 患者情報					
年齢	性別	身長・体重・ (体表面積)	投与量設計等薬物治療に係る臓器 機能障害 (腎機能障害の有無等)	介護度	服薬管理者
理解度 (病識・服薬アドヒアランス・服薬コンプライアンス等)					
調剤上の留意点 (一包化・粉碎等)					
服用上の留意点 (簡易懸濁、服薬ゼリー等)					
疾患名 (主病名 / 併存疾患)					
薬物治療上の留意点 (アレルギー歴 / 副作用歴 / サプリメント・OTC 等)					
薬物治療に関連する検査値・バイタルデータ (必要に応じて経時的記録) ※保険医療機関で発行されている検査値一覧の写しを添付可 (特に必要な項目がわかるように整理すること)					
患者総合評価その他特記事項 (患者ナラティブデータ、患者インタビュー等を含む) ※収集した情報のローデータ等を添付					
① 患者インタビュー日時 :					
② 患者の主訴 :					
③ 患者の希望 :					
④ 非薬物療法の状況 (栄養、運動等) :					
⑤ 総合評価その他 :					
2 薬物治療の薬学的評価					
① 処方された薬剤に対する薬学的評価 ;					
② 服薬に対する薬学的評価 ;					
③ 服用効果 (治療ゴールとの比較) に対する薬学的評価 ;					
④ 薬物有害事象 ;					
⑤ 減薬・薬剤調整の提案内容 ;					
その他必要な指導 / 医師との連携として実施した内容 (上記提案内容を除く)					
3 フォローアップ					
① 上記提案後の患者インタビューの概要 ;					

② 患者インタビューを踏まえた効果判定；

③ 効果判定が良くなかった場合の改善策；

4 患者への伝達内容

--

[記載上の注意]

- 1 保険医療機関に対し、本様式を送付すること。ただし、「服用薬剤総合評価シート」については、この限りでない。
- 2 「服用薬剤総合評価シート」については、保険医療機関の求めに応じて当該保険医療機関に送付すること。
- 3 本様式の作成後、薬剤服用歴に添付して保管すること。

在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る届出書

□には、適合する場合「✓」を記入すること

在宅患者訪問薬剤管理指導を実施します。	<input type="checkbox"/>
休日及び夜間を含む開局時間外であっても調剤及び訪問薬剤管理指導に対応できるよう、保険薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号及び緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により交付します。	<input type="checkbox"/>

医薬品供給不安等に伴う患者紹介に係る案内書

(1)

令和 年 月 日

紹介元保険薬局の所在地及び名称

電 話

(FAX)

保険薬剤師氏名

署名 (又は記名押印)

患者名： _____ 様

在庫がない医薬品名： ()
処方元保険医療機関名： ()
紹介先保険薬局の名称： ()

処方箋期限の間に上記の紹介先保険薬局まで調剤を受けに行ってください。

以下の(2)を切り離さずに紹介先保険薬局にお渡しください。

(2)

(紹介先保険薬局の名称) 殿

電話相談日時： 年 月 日 時ころ	
相談対応者氏名： 殿	
在庫確認医薬品名：	
自薬局で調剤ができない理由： ()

紹介先保険薬局ではこの案内書を2年間保管すること。

〔お願い〕

紹介元保険薬局が、患者又はその家族等に、処方箋有効期限内に紹介先保険薬局に行くよう案内するとともに、紹介先保険薬局へ提示するよう説明した上で配布してください。