

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。

(別添様式 1 - 2)

入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

入院先保険医療機関名：〇〇病院

担当者：薬剤部 〇〇 〇〇 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

◎月▲日より入院予定の△△△△様の服用薬について、ご報告いたします。

患者氏名					
性別（男・女）	生年月日	年	月	日生（	歳）
電話番号					
住所					
最終調剤日：	〇〇年〇〇月〇〇日				

特記事項：◎年◎月◎日より、抗凝固薬の服用を中止しています。

以下のとおり、情報提供いたします。

1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	備考
1	〇〇病院		
2	△△クリニック		
3			
4			
5			

2 現在服用中の薬剤の一覧

※用法・用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

[illegible]

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☑）	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 介助者 ☐ 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。

様式例

かかりつけ薬剤師指導料（かかりつけ薬剤師包括管理料）について

〇〇薬局

(連絡先:)

患者さんの「かかりつけ薬剤師」として、安心して薬を使用していただけるよう、複数の医療機関にかかった場合でも処方箋をまとめて受け付けることで、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握し、薬の飲み合わせの確認や説明を行っています。こうした取組を通じ、多職種と連携することで患者さんの安心・安全や健康に貢献します。

次の内容を薬剤師が説明いたしますので、同意していただける場合はご署名ください。

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

薬剤師の _____ が

1. 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
2. お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
3. お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
4. 処方医や地域の医療に関わる他の医療者（看護師等）との連携を図ります。
5. 医療機関への入院時や医療機関からの退院時においても医療機関と連携を図り、継続的に担当します。
6. いつでもお薬についてご相談に応じます。
7. 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
8. 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
9. 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
10. 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。

注) かかりつけ薬剤師包括管理料は、医療機関で地域包括診療料／加算等が算定されている方が対象です。

《薬学的観点から必要と判断した理由》（かかりつけ薬剤師記入欄）

※《希望する場合》（かかりつけ薬剤師記入欄）

連携する薬剤師の氏名 (_____)

薬剤師による説明を理解し、かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意します。

年 月 日

お名前（ご署名）: _____

(別紙)

かかりつけ薬剤師指導料（かかりつけ薬剤師包括管理料）について＜説明用資料＞

※薬剤師名 ()

マイナンバーカード

- マイナンバーカードの健康保険証（マイナ保険証）をご提示ください。
- 診療情報や薬剤情報などを確認し、これらの情報に基づいた薬に関する相談などが行えます。

お薬手帳

- マイナ保険証とともに、お薬手帳を忘れずにご提示ください。
- 医療機関を受診したり、ほかの薬局を利用される際にも、その手帳を提出してください。

かかりつけ薬剤師による薬の説明や指導

- 医療機関を受診したり、ほかの薬局を利用される際には、「かかりつけ薬剤師」を決めていることをお伝えください。
- 当薬局の連絡先や薬剤師名が記載されているお薬手帳を提示していただくと便利です。
- やむを得ない理由により「かかりつけ薬剤師」が対応できない場合は、ほかの薬剤師が責任をもって担当いたします。

費用

- かかりつけ薬剤師指導料（76 点）に要する費用は、3 割負担の場合約 230 円です（※現在のご負担（服薬管理指導料）との実際の差額は、約 60 円または約 100 円程度の増）。
- かかりつけ薬剤師包括管理料（291 点）は 3 割負担の場合約 870 円ですが、調剤基本料、薬剤調製料と調剤管理料のご負担は生じません。
- かかりつけ薬剤師が対応できない場合は、服薬管理指導料（45 点または 59 点）もしくは服薬管理指導料の特例（59 点）を算定します。

※ 同意はいつでも取り下げることができます。

(別添様式 3)

患者の重複投薬等に係る報告書

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)

保陰藥劑師氏名

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、重複投薬等の状況について報告いたします。

1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	処方医の氏名
1			
2			
3			

2 現在服用中の薬剤の一覧

※用法・用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

[illegible]

3 重複投薬等に関する状況

「1」の処方医療機関の番号	医薬品名（先発医薬品名）	服用開始日

薬剤師のコメント

4 副作用のおそれがある患者の症状及び関連する医薬品名

「1」の処方医療機関の番号	症状	関連する医薬品名

薬剤師のコメント

5 その他特記すべき事項（残薬及びその他の患者への聞き取り内容等）

[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」及び「2」を記載した上で「3」又は「4」により重複投薬等の解消等、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案を行うこと。
- 2 必要に応じて、続紙に記載して添付すること。
- 3 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。
- 4 「2」については、後発医薬品を服用中の場合であっても、当該医薬品に先発医薬品がある場合はその名称を併記すること。
- 5 「3」については、同種・同効薬が処方されている場合は、必要に応じて処方の背景を確認すること。
- 6 「5」については、必要に応じて記載すること。