FAX：浜松医科大学病院薬剤部　053-435-2153

服薬情報提供書

保険薬局名・住所・電話・FAX・薬剤師名

浜松医科大学病院　　　　　　　科　　　　　　先生御侍史

患者ID

患者名

　月　　日に処方せんに基づき調剤を行い、患者へ薬剤をお渡し致しました。下記のとおりご報告致します。

|  |
| --- |
| 報告事項1. 服薬アドヒアランス：□問題あり　□問題なし
2. 調剤時に残薬の有無を確認：□未確認　□残薬あり　□残薬なし
3. 薬学的提案の有無：□あり　□なし
4. 事前合意プロトコルに基づく対応に関する報告：□あり　□なし

上記の項目について提案や詳細については、自由記載欄へ記載をお願いします。 |
| 自由記載欄 |

|  |
| --- |
| 医師からの返信欄* 報告内容を確認させていただきました。今後とも宜しくお願い致します。
* 次回診察時に処方日数を調節させていただきます
* ご報告内容につきまして経過観察させていただきます
* 下記のとおり対応させていただきます。
 |

＜注意＞本様式による情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会の場合、別途手続きをお願い致します。