

# 服薬情報提供書

浜松医科大学病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生御侍史

患者ID \_\_\_\_\_

患者名 \_\_\_\_\_

保険薬局名・住所・電話・FAX・薬剤師名

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。