

服薬情報提供書

記入年月日 : 2025年9月1日

I D 患者名 :		保険薬局 店舗名／住所／TEL／FAX	
報告について患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は処方医への情報提供を拒否していますが、治療上必要と考えられるため報告いたします。		担当薬剤師名 :	
処方科 : 処方医師名 : 処方箋交付年月日 :			
報告内容 : <div><input type="checkbox"/> 服薬状況や副作用等の報告 <input type="checkbox"/> 疑義照会による変更内容等の報告 <input type="checkbox"/> 変更調剤(剤形や含量規格の変更等)の報告 <input type="checkbox"/> 残薬調整についての報告 <input type="checkbox"/> 一包化や粉碎、混合等の調剤手技に関する報告 <input type="checkbox"/> その他(用法の追記等)</div>			
詳細 : 特に残薬調整や服薬状況等の報告については、その理由などの記入をお願いします。			
<div></div>			
返信について		<input type="checkbox"/> 返信不要 (全てに該当チェックがなければ、返信不要と判断します。) <input type="checkbox"/> 受領報告を希望する。 <input type="checkbox"/> 返信を希望する。	
医師/薬剤部からの返信欄			
<div></div>			