

熊本大学病院

御中

報告日

年

月

日

施設間患者服薬状況等連絡書

【保険薬局→病院】

処方医 科 先生	保険薬局 名称・所在地		
処方日 年 月 日			
患者ID :	TEL:	FAX:	
患者氏名 :	担当薬剤師名 :		
性別 (男・女)	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日生 (歳)
住所 :	電話番号 :		
くまもとメディカルネットワークへの登録状況	<input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> 未登録	
この情報を伝えることに対して患者の同意を	<input type="checkbox"/> 得ている	<input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。			

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございましたので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供の概要 :

1	処方薬の情報 (処方追加・変更に関する報告等)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
2	併用薬・OTC・サプリメント等に関する情報	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
3	処方薬剤の服用情報 ① アドヒアランスについて	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 問題あり
	② 残薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	①②に関する指導内容 ()		
4	患者、家族又は介護者からの情報 (副作用・アレルギー歴・症状等に関する情報等)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
5	薬剤に関する提案 (ポリファーマシー対策等)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
6	その他 ① 経口抗がん薬の適正使用に関する報告	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	② 定期的な検査値等の確認・実施に関する項目	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

1～6の項目について、詳細に報告や提案がある場合は下記に記載してください

特記事項

薬剤師からの提案事項

返信欄

対応 (処方医記入欄) 報告内容を確認し

次回から提案通りの内容に変更します。

提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。

提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

()

年 月 日 医師名

対応 (病院薬剤師記入欄) 報告内容を確認しました。 電子カルテへの記載

〔 備考 〕

年 月 日 薬剤師名

〈注意〉この用紙による情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある疑義照会は、通常通り処方医に電話でご確認ください。

処方医におかれましては、学内便もしくは担当薬剤師を通して薬剤部医薬品情報室へご返送ください。