服薬情報提供書

**（疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします）**

保険薬局にて得た情報です。治療上重要と考えられるので報告致します。お薬は既に患者様に渡しています。

保険薬局：　名称

所在地

　　　　　　電話又はEアドレス

担当薬剤師名：

報告日： 　　年　　 月 　　日

処方医師：　　　　　　 科　　　　医師名

患者名：　　　　　　　　　　　　　　 患者ID：

生年月日：　　年　　 月 　　日

患者の同意：　□承諾あり　　□承諾なし　　　（PBPM事項についてはチェック不必要）

報告内容（薬剤師からの提案事項含む）

◆別紙あり（副作用モニタリングシート）

◆残薬に関する事項

　　・日数変更は処方箋コピーにて当院へ連絡

　　・残薬が発生した理由　　□処方日数の重複

　　　　　　　　　　　　　　□アドヒアランス不良

（主治医へ報告する内容があれば記載下さい）

当院からの返信（対応等）　　　□医師　　　　□薬剤師（医師への確認済）

□ 報告内容を確認しました。

□ 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、以下の様に対応します。

□ カルテに記入