

# 施設間情報連絡書

報告日： 年 月 日

保険調剤薬局→病院薬局 用

いつもお世話になっております。このたび下記患者様の医薬品に関する情報の連携を深めるため、

服薬情報提供書

残薬調整に係る服薬情報提供書

を提供させていただきます

ID	ふりがな	性別	生年月日	年齢
	名前	男・女		

情報提供施設①		情報提供施設②		添付書類 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
施設名		施設名	札幌南三条病院 薬局	
TEL		TEL	011-233-3712	
FAX		FAX	011-233-3170	
担当者		担当者		

この情報を伝えることに対して患者の同意

この情報を伝えることに対しての患者様の同意を得ています

患者様の同意は得られていませんが、治療上重要と思われるので報告します

項目	<input type="checkbox"/> 処方薬	<input type="checkbox"/> 服薬・残薬状況	<input type="checkbox"/> 調剤上の留意点	<input type="checkbox"/> 副作用歴・アレルギー歴
	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメントなどの使用 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

所見ならびに薬剤師としての提案事項

--

返信欄

--

**(服薬状況についての情報提供の場合) 残薬の理由 (複数回答可)**

のみ忘れが積み重なった

自分で判断し飲むのをやめた

飲む量や回数を間違えた

別の医療機関で同じ医薬品が処方された

新たに別の医薬品が処方された

その他 ( )

**上記選択肢の詳細**

--

**その他特記事項 (患者への服薬指導上で注意すべき事項など)**

--

<注意>FAXによる情報伝達は、疑義紹介ではありません。  
緊急性のある疑義紹介は通常通り電話にてお願いします。

札幌南三条病院 薬剤部