

報告日： 年 月 日

病院への薬剤情報提供書

患者の病院 ID : 患者名 : 性別 : 生年月日 :	保健薬局 (名称) 所在地 : 電話番号 : FAX 番号 : 担当薬剤師 :
*この情報を伝えることに対して、患者の同意の有無 (下記にレ点チェック) <input type="checkbox"/> 得ています。 <input type="checkbox"/> 得ていません。 <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ため報告します。	

聞き取り日時	月 日 時頃
聞き取り対象者	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()
次回診察予定日	月 日

服用状況	<input type="checkbox"/> コンプライアンス良好 <input type="checkbox"/> しばしば服用しないことがある @理由 : <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> 副作用の発現 <input type="checkbox"/> その他
提案事項 / その他報告事項	<input type="checkbox"/> 減薬調整 <input type="checkbox"/> 重複投与疑い <input type="checkbox"/> 副作用関連 <input type="checkbox"/> 服用目的の理解不足 <input type="checkbox"/> 服用困難 <input type="checkbox"/> その他 () 【概要】