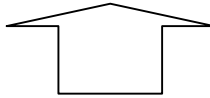


FAX 番号 : 048-296-5719



作成日 : _____

使用中の薬剤情報提供書

薬物療法の継続のため、薬剤の服用状況・副作用歴・調剤方法・OTC など特記事項ございましたら

FAX にてご返信お願いいたします

埼玉協同病院 担当薬剤師行

患者 ID: _____ 氏名 _____ 様の薬剤関連情報についてお知らせします。

定期内服薬(お薬手帳コピー等可) :

具体的にご記入をお願いします		
アレルギー歴	有・無	
副作用歴	有・無	
管理状況	本人・他	(例: 管理ツールとしてケース・カレンダーを用いている)
服薬コンプライアンス	良・不良	(例: 飲み忘れがある、残薬がある)
一包化	有・無	(例: 別包・ヒートでお渡ししているものがある)
自己調整薬	有・無	(例: 下剤は自己調節可の指示がある)
常用 OTC	有・無	
健康食品・サプリメントなど	有・無	
その他特記事項 :		

貴施設名 :

住所 :

電話番号 :

FAX 番号 :

担当薬剤師 : _____

保険薬局→薬剤科→スキャナ→破棄 2023年2月 薬事委員会 管理部承認

医薬品管理 001 付表③使用中の薬剤情報提供書