

疑義照会簡素化と服薬情報等提供料に係る情報提供書

情報提供先医療機関名		情報提供元保険薬局	
医療機関名	J R 大阪鉄道病院	保険薬局名称	
担当医師	科 先生	保険薬剤師氏名	印
		TEL	- -
		FAX	- -

I D	患者氏名	性別	男・女
生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
住所		TEL	
同意	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → 署名 _____		

処方箋発行日	平成 年 月 日	調剤年月日	平成 年 月 日
1. 疑義照会簡素化プロトコル対応	報告内容		
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 報告内容へ記載			
2. 処方薬剤の服薬状況及び指導に関する情報			
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 報告内容へ記載			
3. 併用薬剤等に関する情報			
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 報告内容へ記載			
4. 患者の訴え（副作用等）に関する情報			
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 報告内容へ記載			
5. 症状等に関する家族や介護者等からの情報			
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 報告内容へ記載			
6. 薬剤師からみた本情報提供の必要性			
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 報告内容へ記載			
7. その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）			
<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 報告内容へ記載			

- 注意
- 1 必要な情報は、右の報告内容の欄に記載してください。
 - 2 わかりやすく記入し、必要がある場合には続紙に記載して添付をお願いします。
 - 3 必要な場合には、処方せんの写しを添付してください。
 - 4 「6」については、薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合のみ、記載をお願いします。