|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局名 |  |
| 薬剤師氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

済生会八幡総合病院　薬剤科　宛

（ＦＡＸ番号：０９３－３３０－５２４０）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 診療科 |  |
| 生年月日 |  | 処方箋発行日 |  |

* 患者は処方医への報告を同意しています。
* 患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告します。

【内容】□処方薬の情報　　□処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報

□併用薬剤等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報

□患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報

□症状等に関する家族、介護者等からの情報　　　　□薬剤に関する提案（減薬など）

□薬剤師からみた本情報提供の必要性

□がん患者に対する薬局での薬剤管理の評価　　□その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）

【詳細内容】以下の通り、報告します。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

[添付資料]　□　有　（　　　）枚　（参考文献・資料・処方箋のコピーなど）　□　無

[返信希望]　□　1両日中　□　次回受診まで　□　不要　□　その他（　　　　　　　）

* 返信欄

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

福岡県済生会八幡総合病院