

服薬情報等提供書

御中

殿

提供日

年 月 日

いつもお世話になっております。
このたび下記患者様の服薬状況に関する情報を提供させていただきます。

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女		

1. 他科受診・併用薬剤等の有無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2. 副作用・アレルギー歴の有無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3. 特別な調剤状況の有無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4. 嗜好品・生活習慣の有無
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5. 患者の訴え
6. 薬剤師からの連絡事項

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

薬局名
住所

電話
(FAX)
保険薬剤師名

印

※返信はご不要です。次回診察時にお役立てください。