

施設間情報連絡書

いつもお世話になっております。このたび下記患者様の医薬品に関する情報の連携を深めるため、

- ①情報提供をお願いします(依頼項目にチェック)。
 ②情報提供をさせていただきます。

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

情報提供施設(その他特記事項まで必要な情報を記載)

施設名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者	



情報提供依頼施設(依頼項目のチェックまで記載)

施設名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者	

※全ての項目を記入する必要はありません
依頼項目以外でも必要と判断した情報は記入して下さい
※お薬手帳や薬歴等をFAXしていただいても結構です
 添付資料あり お薬手帳 薬剤情報提供文書 薬歴 その他()

依頼項目 処方薬 OTC・サプリメント等の使用
 調剤上の留意点 副作用歴・アレルギー歴
 服薬状況等 その他()

処方薬 処方施設/診療科、医薬品名、用法用量、自己調節の有無、服用日(週1回○曜日服用) など

OTC・サプリメント等の使用 ()

なし あり

調剤上の留意点 粉砕・一包化[別包の有無]、経管投与の有無 など

副作用歴・アレルギー歴 被疑薬剤名、経過、転帰等

なし あり

不明(疑い)

服薬状況等 本人以外の内服管理者の有無、飲み忘れの有無と頻度等の内容 など

その他特記事項 患者への服薬指導上で注意すべき事項 など