

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、情報提供をさせていただきます。

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

情報提供先施設

施設名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者	
主治医	

情報提供元施設

施設名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者	
主治医	

添付資料あり[お薬手帳 薬剤情報提供文書 薬歴 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

PTP 一包化 (別包 : なし・あり) 粉砕 経管投与

その他 ()

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や残薬数等の内容 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