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	☐ 男 ☐ 女	生年月日	歳
患者氏名	( )			

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	

①
②

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・ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄ等の使用 ☐ 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回〇曜日服用) など

OTC・ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄ等の使用
☐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