

# トレーニングレポート（服薬情報提供書）

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

|                         |   |                   |     |
|-------------------------|---|-------------------|-----|
| 医療機関名：                  |   | 保険薬局名             |     |
| 担当医：                    | 科 | 先生                | 所在地 |
| 患者氏名：                   |   | TEL               |     |
| (患者ID：                  |   | FAX               |     |
| 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) |   | 薬剤師氏名             |     |
| [ 処方箋交付日：令和 年 月 日]      |   | [ 調剤年月日：令和 年 月 日] |     |

平素より大変お世話になっております。

以下の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|                   |                                             |                                    |
|-------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|
| 情報<br>報<br>分<br>類 | <input type="checkbox"/> ポリファーマシー           | <input type="checkbox"/> 副作用の疑い    |
|                   | <input type="checkbox"/> 服薬状況（アドヒアランス、残薬報告） | <input type="checkbox"/> 服薬フォローアップ |
|                   | <input type="checkbox"/> 重複・相互作用・併用薬剤       |                                    |
|                   | <input type="checkbox"/> その他 ( )            |                                    |

※上記についての詳細または薬剤師からの提案事項

※ 返信欄（病院記載）

- |                                                     |                                               |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。 | <input type="checkbox"/> 変更を検討します。            |
| <input type="checkbox"/> 現状のまま継続し、経過観察します。          | <input type="checkbox"/> 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。 |

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。緊急性のある場合は適切な対応をお願いします。