

服薬情報提供書

保険医療機関名 _____

令和 年 月 日

科 _____ 先生

保険薬局名：

薬局住所：

TEL：

FAX：

薬剤師名：

印

患者 ID									
フリガナ 患者氏名	様						性別	男性・女性	
生年月日	大・昭・平・令和・西暦		年	月	日生(才	ヶ月)		
患者同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(治療上重要と判断したため情報提供致します)								
区分	<input type="checkbox"/> 服薬情報提供料1 <input type="checkbox"/> 特定薬剤管理指導加算2 <input type="checkbox"/> 調剤後薬剤管理指導加算 <input type="checkbox"/> 吸入指導加算 <input type="checkbox"/> その他() 上記にかかる情報提供です。								
概要	<input type="checkbox"/> 体調変化について <input type="checkbox"/> 服薬状況について <input type="checkbox"/> 副作用について <input type="checkbox"/> アレルギーについて <input type="checkbox"/> 併用薬について <input type="checkbox"/> 残薬について <input type="checkbox"/> その他()								
(詳細)									
(その他特記事項)									

保険薬局の方へ

※疑義照会票ではございません。処方に関するお問い合わせは疑義照会をお願いします。

※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。

※指導料・加算の算定要件については十分に理解したうえで各薬局の責任において算定してください。