M1127001

**患者の服薬状況等に係る情報提供書**

年 月 日

保険薬局の所在地及び名称

電話

（FＡＸ）

保険薬剤師氏名

|  |
| --- |
| 患者氏名性別（男・女） 生年月日　大・昭・平・令 年　　月　　日生（　　歳）住所電話番号 |
| １**服用中の薬剤一覧（OTCやサプリメントを含む）** と処方された医療機関　＊別途、添付も可能 |
| **２ 医師の指示による入院前中止薬や自己調節している薬とその内容** |
| **３ 患者の服薬状況や調剤情報（服薬管理者、一包化の有無、留意点など）** |
| ４ その他**特記事項**（薬剤保管状況等）  |

［記載上の注意］

* 必要な場合は、別紙での記載や処方せんの写しを添付してください。