

トレーニングレポート（服薬情報提供書）

長崎掖済会病院 FAX:095-895-8827

報告日： 年 月 日

処方医： 科 医師	薬局名：
患者氏名： (ID：)	TEL：
生年月日： 年 月 日	FAX：
	担当薬剤師：
情報提供の同意	患者または代諾者の同意を <input type="checkbox"/> 得ている（代諾者続柄：_____） <input type="checkbox"/> 得ていないが治療上必要なため報告

(処方箋受付日： 年 月 日)

内容の分類	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する報告	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメント等の情報
	<input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案	<input type="checkbox"/> 減薬以外の処方内容に関する提案
	<input type="checkbox"/> 患者の訴え（アレルギー情報等も含む）	<input type="checkbox"/> 副作用発現もしくは疑い
	<input type="checkbox"/> 服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容	<input type="checkbox"/> 吸入・自己注射等の手技確認
	<input type="checkbox"/> その他（_____）	

上記についての詳細内容

意見・提案内容

[送信での添付資料] あり () 枚 なし [返信希望 (ある場合のみ)] あり

<返信欄>

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りに変更します。
- 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察いたします。
- 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。

長崎掖済会病院

医師・薬剤師・その他 ()

返信日： 年 月 日

氏名：()