

**<注意> 本情報提供書は疑義照会には使用しないでください。  
疑義照会は各施設の対応に従い実施してください。**

## 服薬情報提供書(トレーニングレポート)

報告日：      年      月      日

|                            |    |   |
|----------------------------|----|---|
| 病院名                        | 御中 | 保険薬局 名称・住所  |
| 担当医                        | 科  |   |
| 先生 御机下                     |    | TEL:<br>FAX:<br>担当薬剤師名:<br>処方箋発行日：      年      月      日 |
| 患者 ID:                     |    |   |
| 患者名:                       |    |   |
| 生年月日：      年      月      日 |    |   |

患者は処方医への報告を同意しています。

患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告いたします。

### 【情報提供事項】

- 加算関連の報告 (吸入薬指導加算 ・ 特定薬剤管理指導加算 2 ・ \_\_\_\_\_ )
- 服薬状況                       残薬報告                       有害事象の疑い                       処方提案
- 検査                               併用薬等
- その他( \_\_\_\_\_ )

【詳細内容】以下の通り、報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

返信欄 (必要に応じてご利用ください)