

**<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: FAX: 担当薬剤師名: 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)