

聖マリ式 服薬情報レポート(服薬情報提供書) ver. 1

一般
(抗がん剤以外)

報告日： 年 月 日

添付資料 ☐無 ☐有(枚:この用紙を含む)

処方医 科 先生	保険薬局名 所在地 TEL FAX
患者診察券番号: 患者氏名: 生年月日: 年 月 日	担当薬剤師名
情報提供に対する患者同意: ☐ あり ☐ ないが、治療上重要と考え報告いたします。	

処方箋発行日: 年 月 日
服薬状況などに関して以下の通り報告いたします。

☐ 喘息・COPDの吸入指導結果や理解度等の報告	☐ 新規糖尿病薬(インスリン等)の管理状況報告
☐ 経管投与支援に関する報告(初回のみ)	☐ その他の疾患管理に関する報告
☐ 服薬状況に関する報告 ☐ 処方状況(他院との重複やポリファーマシー改善のための提案等) ☐ 服薬状況(コンプライアンス不良や残薬改善のための提案等) ☐ 副作用(重篤でない副作用の発現状況や発現リスク等)	

経緯・詳細；

薬剤師からの提案；

ご提案への回答は次回処方をもって対応とさせていただきます。
疑義照会は電話でお願いいたします。

2020年6月 聖マリアンナ医科大学病院薬剤部
(TEL: 代表044-977-8111, 内線6460 / FAX: 044-977-5752)