

トレーニングレポート（服用情報提供書）〈一般用〉

亀田総合病院・亀田クリニック・亀田ファミリークリニック館山・幕張クリニック・亀田 MTG クリニック・
亀田 IVF クリニック幕張・亀田京橋クリニック・亀田森の里病院・亀田浜荻クリニック

御中（該当事業所以外は削除ください）

報告日： 年 月 日

添付資料 ☐無 ☐有 （ 枚：本紙面を含む）

処方医 科 先生	保険薬局 名称： 住所： TEL： FAX： 担当薬剤師名：
患者番号： 患者氏名： 生年月日： 年 月 日	
処方箋発行日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
この情報を伝えることに対して患者または代諾者から同意を、 ☐ 得た（代諾者の続柄： ） ☐ 得ておりませんが、治療上重要だと思われるのでご報告します。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。服薬情報について下記の通りご報告いたします。

算定（該当する場合）	☐ 服用情報等提供料 ☐ 特定薬剤管理指導加算 2 ☐ 服用薬剤調整支援料 1 ☐ 服用薬剤調整支援料 2 ☐ 調剤後薬剤管理指導加算 ☐ 吸入薬指導加算 ☐ 経管投薬支援料
大分類（複数選択可）	☐ 有効性 ☐ 安全性 ☐ 経済性 ☐ 生活上の問題 ☐ その他
小分類（複数選択可）	☐ 後発医薬品への変更 ☐ 剤形の変更 ☐ 一包化 ☐ 残薬調整 ☐ 服用状況 ☐ ポリファーマシー ☐ 重複 ☐ 相互作用 ☐ 副作用 ☐ RMP・適正使用ガイド ☐ 検査値 ☐ その他
情報提供・提案事項	
【医療機関記入欄】 情報提供ありがとうございます。 ☐ 報告内容を確認し、処方医へ報告しました。 ☐ 次回より提案に沿った内容に変更します。 ☐ 提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。 ☐ その他（ ） 医療機関名： 返信日： 年 月 日 記入者：	

<注意事項>

- ① 本紙面による情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り、処方医に直接電話にてお願いします。
- ② 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
- ③ 必要な場合には、処方箋またはお薬手帳の写し等を添付すること。