**FAX送信先：岡山大学病院 薬剤部　FAX　086-235-7974**

**腎臓おくすりサポート外来専用 服薬情報提供書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方せん発行日 |  | 報告日 |  |
| 診療科 | 腎臓内科 | 保険薬局名 |  |
| 処方医師名 |  | 所在地 |  |
| 患者ID |  | TEL |  |
| 患者氏名 |  | 担当薬剤師 |  |
| この情報を主治医へ情報提供することに患者の同意を　**（☐得ている　☐得ていない）**  ☐ 患者は主治医への情報提供を拒否していますが、治療上重要と考えられるため情報提供いたします | | | |

保険薬局の薬剤師　御中　　※以下の内容について服薬フォローアップによる情報提供をお願い致します

|  |  |
| --- | --- |
| **（1）服薬フォローアップを実施した日** | 年　　　　月　　　　日 |
| **（2）服薬状況**  ☐医師の指示通り服薬できている  ☐自己判断で服薬を止めることがある  ☐服薬を忘れている  　（　多い　・　少ない　） | （保険薬剤師からのコメント）※服薬が悪い理由，残薬など |
| **（3）有害反応等の発現状況**  ☐有害反応あり  ☐有害反応なし | （保険薬剤師からのコメント）※有害反応の内容など |
| **（4）患者の治療や薬に対する思い**  （気になっていること，不安なことなど）  ☐ある  ☐ない | （保険薬剤師からのコメント）※不安な理由など |
| **（5）その他（処方提案，医師へ伝えたいことなど）** | |