

(別紙様式1)

服薬情報等提供料に係る情報提供書(歯科)

情報提供先医療機関名

担当医 科 先生

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話

(F A X)

保険薬剤師指名

患者氏名 _____ 様

性別(男・女) 明・大・昭・平 年 月 日(歳)

住所 _____

電話番号 _____

以下のとおり、情報提供いたします。

情報提供の概要:

1 処方薬の情報【主に抜歯・歯周外科処置などに関して留意すべき薬剤の服用について】
(高血圧症、DM、抗凝固薬、BP、免疫抑制剤などの有無)

2 併用薬剤等(一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。)の情報
薬剤名等:

3 処方薬剤の服用状況(アドヒアランス及び残薬等)に及びそれに対する指導に関する情報

4 患者、家族又は介護者等からの情報(副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等)

5 薬剤に関する提案

6 その他【歯科治療上留意すべき事項について】

[記載上の注意]

- 1 必要がある場合には続紙に記載して添付すること
- 2 わかりやすく記入すること
- 3 必要な場合には、手帳又は処方箋等の写しを添付すること