2019年11月8日

岩手県立中央病院薬剤部　宛

FAX：019-605-871　　E-mail： chuo-yakuzai@pref.iwate.jp

保険薬局-県立中央病院　患者情報連絡票

患者名		患者ID	
診療科		医師名	
処方日		調剤日	
連絡事項 （複数選択可）	①　副作用疑い ②　相互作用疑い ③　コンプライアンス不良 ④　手技不良	⑤　残薬 ⑥　経済的問題 ⑦　ポリファーマシー関連 ⑧　その他（　　）	⑨　医療用麻薬関連
＊保険薬局からの報告事項 （情報提供、内容等）	○タイトル： ○当該薬剤名： ○報告事項：		
当院からの回答	○提案内容を考慮し、以下の通り対応致しました。		
結果	・重複投薬・相互作用等防止加算 ・服薬情報提供料 ・服用薬剤調製支援料 ・その他（　　）	・薬剤総合評価調整管理料（外来患者対象） ・連携管理加算（外来患者対象） ・薬剤総合評価調整加算（入院患者対象） ・特になし	

＊重複薬等の情報につきましては、お手数ですが別紙「お薬手帳」の該当部分をコピーし、FAXで送信願います

保険薬局名：

担当薬剤師：

FAX番号：

中央病院　薬剤部

担当薬剤師：