

年 月 日

薬剤管理指導における情報提供書

【送信先】	【発信元】 保険薬局名称： _____ 担当薬剤師名： _____ TEL： _____ FAX： _____ E-MAIL： _____ @ _____
【患者情報】 氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 赤べこ NetID： _____	【本書による情報提供に関する患者の同意】 <input type="checkbox"/> 取得済み <input type="checkbox"/> 未取得だが、治療上必要と思われるため報告する
【分類】	<input type="checkbox"/> 抗悪性腫瘍薬および支持療法薬の服薬状況、副作用等の情報提供 <input type="checkbox"/> 重複投薬等の解消に関連した提案 <input type="checkbox"/> スルホニル尿素系製剤の使用状況および副作用の情報提供 <input type="checkbox"/> インスリン製剤の使用状況および副作用の情報提供 <input type="checkbox"/> 吸入手技指導に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
【情報提供・提案内容】 <input type="checkbox"/> 以下に記載 <input type="checkbox"/> 赤べこ Net に記入 <input type="checkbox"/> おくすり手帳に記入（吸入薬指導加算等） _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
※フィードバックは電話、赤べこ Net 等にて行います。 ※赤べこ Net のアカウント登録が無く、登録をご希望される場合は、会津薬業連携協議会ホームページ右上部の「資料ダウンロード」より赤べこ Net アカウント登録依頼書をダウンロードしご記入のうえ、会津薬業連携協議会の事務局（FAX:0242-29-8500）宛てにご送信ください。	
【病院薬剤師記入欄】 情報提供元保険薬局への連絡： _____ 年 _____ 月 _____ 日 対応薬剤師： _____	

※この FAX により伝達された情報は、必ず主治医・担当医に責任を持ってお伝えいたします。

※お急ぎの疑義照会等は、お電話にてお願いいたします。