

薬局名 \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 送信枚数 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

処方医師名 \_\_\_\_\_ 先生御机下 処方箋 ID 番号（処方箋に記載あれば）: \_\_\_\_\_

イ) 受診中の医療機関、診療科等に関する情報

番号	医療機関名	診療科	処方医名

ロ) 服用中の薬剤の一覧（服用状況も併せて確認）

イ)の番号	医薬品名	処方内容	服用状況	服用理由等

ハ) 重複投与等に関する状況

イ)の番号	医薬品名	用法用量	服用理由	効能効果

二) 副作用等の恐れがある患者の症状および関連する薬剤

イ)の番号	医薬品名	相互作用の可能性ある 医薬品等の有無	症状

ホ) その他患者への聞き取り状況

--