佐賀大学医学部附属病院　感染制御部　FAX0952-34-2097

 　報告日：　　　年　　月　　日

**服薬情報提供書（アイセントレス＋デシコビ）**

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医：佐賀大学医学部附属病院感染制御部　　　　　　　　　　　　　　　　 | 保険薬局：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| カルテID：　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　年　　　月　　　日イニシャル：　　　　　　　　　　　　 | 処方箋交付日：　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

下記の通り、服薬指導の結果をご報告いたします。

|  |
| --- |
| 【服薬遵守アセスメント】前回受診から本日までの治療薬の飲み忘れ回数　　　　　　　　　　　　　　　回 |
| 【副作用アセスメント】悪心・食思不振　（　有　・　無　）不眠　有　・　無　）頭痛　（　有　・　無　） |  |
| 【薬局薬剤師から処方医への提案・報告など】※急ぎの要件は電話で疑義照会ください。 |

※担当医にこの情報を伝えることに対して患者の同意を得た後、FAXをお願いします。