

施設間患者服薬状況等連絡書【保険薬局→病院】の運用フローチャート

〈運用目的〉

保険調剤薬局（以下、保険薬局）で患者様から聴き取った内服薬のアドヒアランス、薬剤の使用状況、健康食品に関する情報など、即時性・緊急性の低い情報について処方医へフィードバックするための連絡書です。

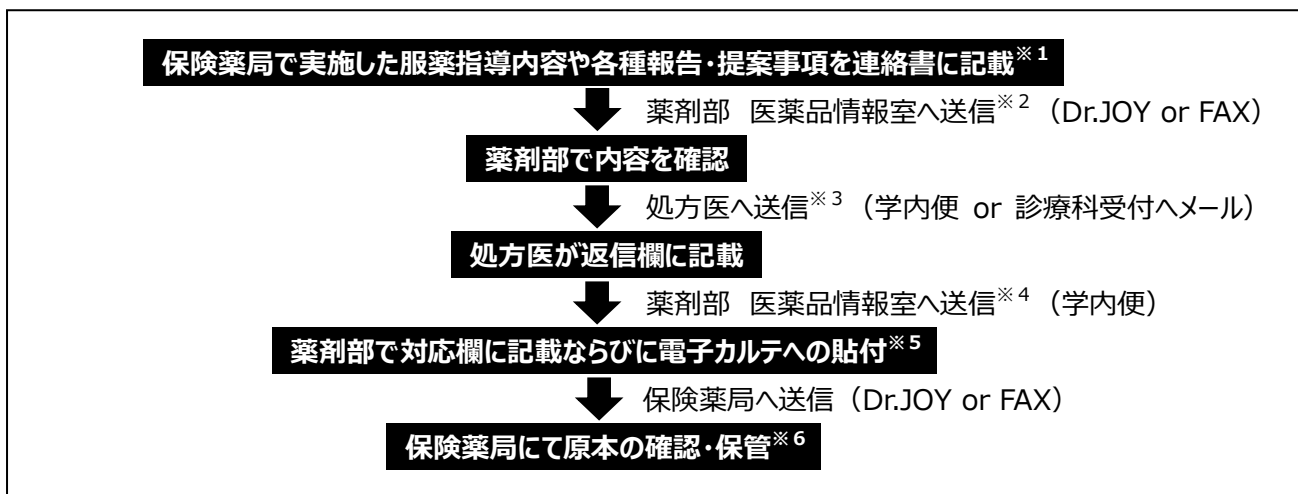
保険薬局から処方医への情報伝達ツールとなりますが、緊急性の高い疑義照会については、従来通り電話による対応となります。

- ★施設間患者服薬状況等連絡書の原本は、熊本大学病院薬剤部ホームページ→「保険薬局の皆様へ」より入手できます。

<http://www2.kuh.kumamoto-u.ac.jp/pharmacy/hokenyakkyoku/index.html>

PDF ならびに Excel 形式での 2 様式を用意しておりますが、フォーマットは変更されませんようお願い致します。

〈運用概略図〉



- ※1 本連絡書による情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある疑義照会は、通常通り処方医に電話でご確認ください。
- ※2 Dr.JOY アカウント名：医薬品 情報室
医薬品情報室 FAX 番号：096-373-5824（Dr.JOY に登録頂き、医薬品情報室へご連絡いただきますと利用できます）
- ※3 メールにて送信する場合は、診療科受付担当者へ送付しますので、受領後は処方医へお渡しください。
- ※4 処方医にて返信欄に記載後、学内便で医薬品情報室宛に送付してください。
- ※5 薬剤部で対応欄に記載後、スキャナで取り込んだ連絡書は患者様カルテの「カルテ記事」に貼り付けます。
- ※6 返送した連絡書原本は、各保険薬局で保管をお願いいたします。

服薬サポート依頼書【病院→保険薬局】の運用フローチャート

〈運用目的〉

処方医が患者様に対し、保険調剤薬局（以下、保険薬局）での服薬指導時に重点的に説明してほしいことなど、即時性・緊急性の低い情報について保険薬局へ伝達するための依頼書です。

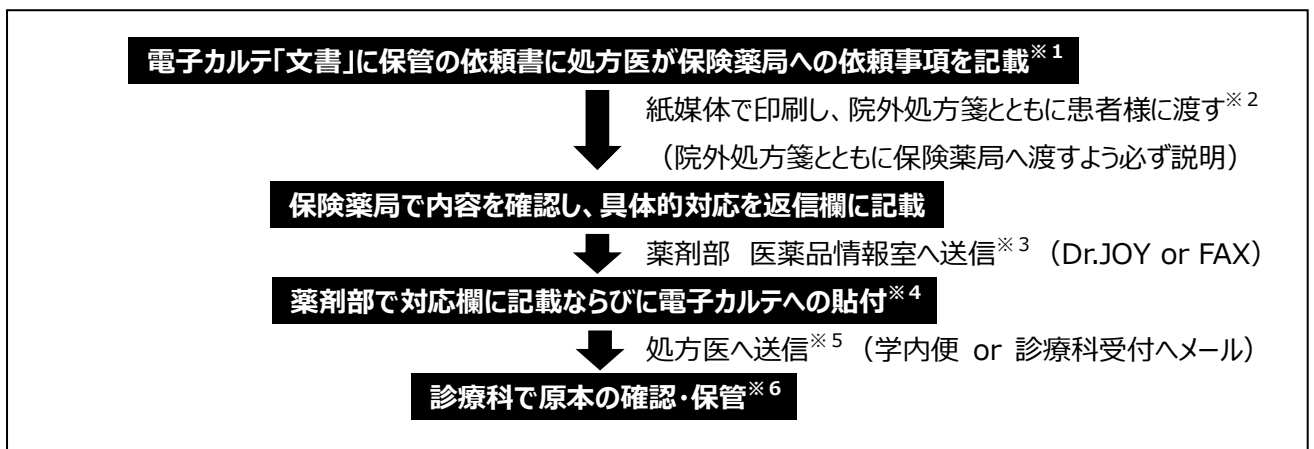
処方医から保険薬局への情報伝達ツールとなりますが、緊急性の高い依頼事項については、従来通り電話による対応をお願いいたします。

★服薬サポート依頼書の原本は、電子カルテ「文書」より入手できます。

電子カルテ「文書」→文書名称「Word/Excel/PDF」→「服薬サポート」と入力し検索

Excel 形式で入力可能な様式を用意しておりますが、フォーマットは変更されませんようお願い致します。

〈運用概略図〉



※1 緊急性のある依頼は、通常通り保険薬局に電話でご確認ください。

依頼書の原本は電子カルテの「文書」から入手できます。依頼事項の記載は入力 or 手書きどちらでも構いません。

※2 紙媒体で印刷後、処方箋とともに患者様へお渡しください。

その際に必ず「院外処方箋とともに保険薬局に渡すこと。」をご説明ください。

なお、処方箋 FAX 送信を利用される場合は、院外処方箋と共に FAX するよう、患者様にご説明ください。

※3 Dr.JOY アカウント名：医薬品 情報室

医薬品情報室 FAX 番号：096-373-5824（Dr.JOY に登録頂き、医薬品情報室へご連絡いただきますと利用できます）

※4 薬剤部で対応欄に記載後、スキャナで取り込んだ連絡書は患者カルテの「カルテ記事」に貼り付けます。

※5 メールにて送信する場合は、診療科受付担当者へ送付しますので、受領後は処方医へお渡しください。

※6 返送した依頼書原本は、各診療科で保管をお願いいたします。

熊本大学病院

御中

報告日

年

月

日

施設間患者服薬状況等連絡書

【保険薬局→病院】

処方医	科	保険薬局 名称・所在地	
	先生		
処方日	年 月 日		
患者ID :		TEL:	FAX:
患者氏名 :		担当薬剤師名 :	
くまもとメディカルネットワークへの登録状況	<input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> 未登録	
この情報を伝えることに対して患者の同意を	<input type="checkbox"/> 得ている	<input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。			

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 処方追加・変更に関する報告	<input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する報告
	<input type="checkbox"/> 残薬・服薬状況に関する報告	<input type="checkbox"/> 定期的な検査値等の確認・実施に関する項目
	<input type="checkbox"/> 副作用歴・アレルギー歴に関する報告	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメント服用に関する報告
	<input type="checkbox"/> 減薬に関する提案（ポリファーマシー対策）	<input type="checkbox"/> その他（ ）

詳細

薬剤師からの提案事項

返信欄

対応（処方医記入欄） 報告内容を確認し

次回から提案通りの内容に変更します。

提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。

提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

（ 年 月 日 医師名 ）

対応（病院薬剤師記入欄） 報告内容を確認しました。 電子カルテへの記載

〔 備考 年 月 日 薬剤師名 〕

〈注意〉この用紙による情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある疑義照会は、通常通り処方医に電話でご確認ください。

処方医におかれましては、学内便もしくは担当薬剤師を通して薬剤部医薬品情報室へご返送ください。

薬局 御中 報告日 年 月 日

服薬サポート依頼書【病院→保険薬局】

施設名：熊本大学病院	患者ID：
受診科：科	患者氏名：
処方医師名：	処方日 年 月 日
くまもとメディカルネットワークへの登録状況 <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録	
回答に緊急を <input type="checkbox"/> 要する <input type="checkbox"/> 要さない () 日以内に回答	

下記の通り、ご依頼すべき点がございましたので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 処方追加・変更に関する説明	<input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する説明
	<input type="checkbox"/> 残薬・服薬状況に関する説明	<input type="checkbox"/> 手技に関する説明
	<input type="checkbox"/> 副作用・アレルギーに関する説明	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメント情報に関する説明
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

依頼事項

返信欄

対応（保険薬局薬剤師記入欄） 依頼内容を考慮し、以下のように対応しました。

回答内容
年 月 日 保険薬局薬剤師名

対応（病院薬剤師記入欄） 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 電子カルテへの記載
{ 備考 }
年 月 日 病院薬剤師名

(注意) 緊急性のある依頼は、通常通り保険薬局に電話でご確認ください。