**外来服薬支援料算定記録**

**＊印の項目は薬歴に転記すること**

患者名（生年月日）：　 　　　　　（H　　年　　月　　日生）
算定日：H　　年　　月　　日

1\*.支援理由：飲み間違えや飲み忘れ・その他（　　　　　　　　）

2\*.支援内容：一包化・その他（　　　　　　　　　　）

3.持参薬はどこで調剤されたものか：自薬局・他薬局・院内

4.（3が自薬局以外の場合）処方を確認した情報（コピーし保管すること）：薬情・手帳・その他（　　　　　）

5.いつの処方分の薬剤内容で一包化するか：H　　年　　月　　日

6.その処方分の中で一包化しない薬剤の有無：なし・あり（　　　　　）

7\*.病院名および医師名：

8\*.処方医への了承をえた日時:　　 月　　日　　　時　　　分

9\*.薬剤名称・用法・日数

調剤者印　　　　　　　　監査者印