

附件 5-藥事照護溝通聯繫單

107.1 修正

個案姓名：_____ 性別：男女 出生年月日：_____ 電話：_____

醫師姓名：_____ 服務單位：_____醫院/診所；科別：_____科

尊敬的_____醫師，您好：

我是參與『健保署高診次者藥事照護計畫』之_____藥師，本溝通單是在執行藥事照護時，發現個案有疑似的藥物治療問題，茲提供解決問題之方案給您參考，也歡迎您給予回覆意見或能來電與我討論，共同為個案健康而努力，謝謝您!!

病情概況：

疑似藥物治療問題之描述(Assessment)	藥師建議(Care Plan)

參考資料來源：

藥師：_____ 電話：_____ 日期：_____年_____月_____日

藥師 e-mail：_____ 傳真：_____

醫師回覆內容：

回覆醫師簽名：_____年_____月_____日

藥師書寫疑似藥物治療問題與回應編碼(AABBCC)：