FAX：茨城県立中央病院 薬剤局0296-78-9756

FAXの流れ：保険薬局→薬剤局→担当医

　　　　　　　　　　　　　　 　　報告日：　　　　年　　　月　　　日

服 薬 情 報 提 供 書

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 処方箋交付年月日　　　　　年　　　月　　　日 | 電話番号： |
| 診療券番号：  患者名： | FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。  □患者の同意は得ておりませんが、治療上必要と思われますので報告いたします。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 【報告区分】  □内服抗がん薬（化学療法）関連　　□服用薬剤調整支援に関する提案  □残薬・服薬状況に関する報告　　　□有害事象疑い　　□OTC・サプリメント服用に関する報告  □副作用・アレルギー歴　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢詳細内容】 |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 |

〈注意〉こちらのFAXによる情報伝達・情報提供は疑義照会ではありません。疑義照会は通常通りお願いします。

（この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。）　　　2020年9月　作成