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