

院外処方せん情報提供書

処方医 科 先生 御机下	保険薬局名称
患者 ID :	電話番号 :
(フリガナ) 患者名 :	生年月日 : 明大昭平 年 月 日生 FAX 番号 :
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	担当薬剤師名 : <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるので報告いたします。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、情報提供をいたします。本情報提供書に対する返信（回答）は必要ありませんが、重要な伝達事項などがありましたら、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

報告・連絡事項
薬剤師としての提案事項

<注意> 本情報提供書は病院 FAX コーナーへ持参，FAX 送信，郵送のいずれかでお願いします。
本情報提供書による情報提供は疑義照会とはなりません。疑義照会は電話での対応となります。

医師対応記入欄	
年 月 日	医師名
<p>《保険薬局への回答について》</p> <p><input type="checkbox"/> 回答しません（スキャンセンターへ）</p> <p><input type="checkbox"/> 回答します（コピーを薬剤科へ提出し、原本をスキャンセンターへ）</p> <p style="text-align: center;">※コピーは薬剤科で保険薬局へ FAX または送付します。</p> <p>《報告・提案に対するの対応について》</p> <p><input type="checkbox"/> 内容を確認しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 内容を確認し現状のままとします。</p> <p><input type="checkbox"/> 次回から提案の内容を考慮し変更します。</p>	
<p>【医師コメント】</p>	