

## 院外処方せん情報提供書

処方医： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 御机下 報告日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 ID :	保険薬局名称
患者名 :	
生年月日 : 明 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	電話番号 :
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	FAX 番号 :
	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。

分類	<input type="checkbox"/> 残薬に関する報告	<input type="checkbox"/> 服薬状況に関する報告	<input type="checkbox"/> 手技に関する報告
	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する報告	<input type="checkbox"/> 副作用に関する報告	<input type="checkbox"/> 投薬時に収集した患者情報
	<input type="checkbox"/> 検査値に関する報告	<input type="checkbox"/> 他院受診・処方状況	<input type="checkbox"/> その他
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、郵送のいずれかをお願いします。  
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。

## 医師対応記入欄

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医師名 \_\_\_\_\_

## 《保険薬局への回答について》

- 回答しません（スキャンセンターへ）  
 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）  
 ※コピーは薬剤科で保険薬局へ FAX または送付します。

## 《報告・提案に対する対応について》

- 内容を確認しました  
 内容を確認し現状のままとします  
 次回から提案の内容を考慮し変更します

## 【医師コメント】