

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：	担当薬剤師名：
生年月日：明 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	電話/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	
<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	
<input type="checkbox"/> リフィル処方箋に関連した情報提供書	

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・提案に対するの対応について》

- 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】

--