報告日：　　　年　　月　　日

大館市立総合病院　御中

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： |
| 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  □得た。　　　□得ていない。 | | □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  **《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・提案に対しての対応について》**  □　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】 |