



FAX: 秋田赤十字病院薬剤部 DI 室 018-829-5126

FAX の流れ: 保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

秋田赤十字病院
薬剤部情報室 行

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
交付年月日 年 月 日	電話番号: FAX 番号:
患者 ID:	担当薬剤師名:
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だ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。

【報告事項】 <input type="checkbox"/> 副作用について <input type="checkbox"/> アドヒアランスについて <input type="checkbox"/> 規格・剤形について <input type="checkbox"/> 残薬についての報告 <input type="checkbox"/> 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】

※この FAX による情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は通常通り電話にてお願いします。