



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 御中

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:
患者 ID:	TEL:
患者名:	FAX:
対応者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()	担当薬剤師:
アドヒアランス: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(飲み忘れ 回)	
分類: <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方に関する提案 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> その他()	
介入: <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 薬局→患者(電話フォローアップ) <input type="checkbox"/> 患者→薬局(問い合わせ)	
<input type="checkbox"/> 情報提供に関して、患者の同意を得た。 <input type="checkbox"/> 患者は担当医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるため報告いたします。	

【報告事項】

- 副作用について アドヒアランスについて 規格・剤形について
残薬についての報告 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。