

※1枚につき1患者ご記入ください

FAX 番号 048-852-1157 さいたま赤十字病院 薬剤部

院外処方せんに関する患者情報提供書 (薬剤師→処方医)

患者の薬に関する情報です。

次回の受診日前までに、この用紙を担当医に連絡する。

または、該当患者上の電子カルテ上に保管して下さい。

さいたま赤十字病院 診療科名 産婦人科 安藤 先生 宛

薬局名 町田薬局 (所在地 中央区) TEL・FAX 048-000-0000

保険薬剤師名 町田 充

下記の事項に該当する箇所に印をつける。

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 電話による疑義照会済の事項 | <input type="checkbox"/> 後発医薬品への変更 | |
| <input type="checkbox"/> 疑義照会簡素化の合意書による事項 | <input type="checkbox"/> 残薬確認状況 | <input type="checkbox"/> その他 |

※必ず記入してください

患者 ID	00000000	報告日	平成 29 年 4 月 1 日
患者氏名	<u>町田 充子</u>	男・♀	S. 38 年 4 月 18 日生 (53 歳)

薬剤師からの情報等

※1-患者のみ

例) アムロジン錠 5mg ⇒ ノルバスク錠 5mg

ガスター-D錠 10mg 2錠 ⇒ ガスター-D錠 20mg 1錠

イドメシコーワパップ (5枚入り) 7袋 ⇒ (7枚入り) 5袋

例) 理由: コンプライアンス

一包化内容: RP1) ノルバスク、プロプレス

RP2) メトグルコ錠

例) 理由: 錠剤飲めないため

粉碎内容: RP1) ノルバスク錠

以上、患者の情報等を報告いたします。