

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)

さいたま赤十字病院 診療科名 _____ 医師宛

薬局名 _____ (所在地 _____)

TEL・FAX _____ 保険薬剤師名 _____

下記事項の該当する箇所に印をつけてください。

処方変更の事後報告 (電子カルテに保管されます)	患者情報提供 (次回受診日に医師に閲覧依頼をします)
<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"/> その他	<input type="checkbox"/> 残薬確認状況 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療情報提供書の関連事項 <input type="checkbox"/> その他

※本 FAX は即時対応していません。お問い合わせは、各診療科に電話連絡にてお願いいたします。

患者 ID		報告日	年 月 日
患者氏名		男・女	年 月 日生(歳)

薬剤師からの情報等

--