

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

院外処方箋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。 **※必ず記入してください**

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 (次回受診日まで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"/> その他 <small>※令和4年4月より後発医薬品への変更及び疑義紹介簡素化の合意書による事項についてはFAX不要です。お薬手帳に変更内容の記載をお願いいたします。</small>	<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"/> 訪問薬剤管理指導の関連事項 <input type="checkbox"/> その他

※本FAXは即時対応しておりません。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	00000000 ※必ず記入してください	報告日	2022年 4月 1日
患者氏名	<u>町田 充子</u> ※1患者のみ	男・女	s 38年 4月 18日生 (55歳)

薬剤師からの情報等