

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)

さいたま赤十字病院 診療科名 産婦人科 安藤 医師宛

薬局名 町田薬局 (所在地)

TEL・FAX 048-000-000 保険薬剤師名 町田 充

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"/> 残薬確認状況
<input type="checkbox"/> 後発医薬品への変更	<input type="checkbox"/> 抗がん剤治療情報提供書の関連事項
<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"/> 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	2021 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 (54 歳)

薬剤師からの情報等

例) アムロジン錠 5mg ⇒ ノルバスク錠 5 mg
ガスターD錠 10 mg 2 錠 ⇒ ガスターD錠 20 mg 1 錠
イドメシンコーワパップ (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: 錠剤が飲めないため

以上、患者の情報等を報告いたします。