

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）

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

報告日： 年 月 日

さいたま赤十字病院

診療科名

医師宛

情報提供元保険薬局の所在地および名称

TEL

FAX

保険薬剤師名

処方日： 年 月 日

患者ID		患者名	年 月 日生
------	--	-----	--------

下記事項の該当する箇所にレ印をつけてください

処方変更の事後報告 (電子カルテに保管します)	患者情報提供 (次回受診日までに医師へ閲覧依頼します)
<input type="checkbox"/> 電話による疑義照会済みの事項 <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問い合わせ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"/> 残薬状況・日数調整依頼 (理由含む) <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した事項 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導に関連した事項 <input type="checkbox"/> その他

### 薬剤師からの情報

<報告事項> (電子カルテに保管します)

<指導内容および依頼/提案事項> (次回受診日までに医師へ閲覧依頼します)