**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） |
| 電話による疑義照会済の事項　　　　　　　　　　　後発医薬品への変更  　疑義照会簡素化の合意書による事項  　その他 | 残薬確認状況  　抗がん剤治療情報提供書の関連事項  　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 |  | 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 | | | |
|  | | | |
|  | | | |

さいたま赤十字病院　　作成