**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。

|  |  |
| --- | --- |
| **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） |
| [ ] 　電話による疑義照会済の事項[ ] 　その他※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。 | 　[ ] 　残薬確認状況[ ] 　抗がん剤治療情報提供書の関連事項[ ] 　訪問薬剤管理指導の関連事項　[ ] 　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