大館市立総合病院　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局　→　薬剤科　⇔　診療科

院外処方せん情報提供書

処方医：　　　　　 　科　　　　 　　　　先生 御机下　 　報告日：　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID： | 保険薬局名称 |
| 患者名： |
| 生年月日：明 大 昭 平 令　 年 月 日生 | 電話番号： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を  得た　　　 得ていない | FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われますので報告いたします。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、情報提供をいたします。本情報提供書に対する返信（回答）は必要ありませんが、重要な伝達事項などがありましたら、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 分類 | 残薬に関する報告  処方内容に関する報告  検査値に関する報告 | 服薬状況に関する報告  副作用に関する報告  他院受診・処方状況 | 手技に関する報告  投薬時に収集した患者情報  その他 |
| 報告・連絡事項 | | | |
| 薬剤師としての提案事項 | | | |

＜注意＞ 本情報提供書は病院FAXコーナーへ持参，FAX送信，郵送のいずれかでお願いします。

本情報提供書よる情報提供は疑義照会とはなりません。

FAX：0186-45-1314（大館市立総合病院FAXコーナー）

2019年12月改訂

|  |
| --- |
| **医師対応記入欄**  　　　　　年　　　月　　　日　　　　医師名  **《保険薬局への回答について》**  □　回答しません（スキャンセンターへ）  □　回答します　（コピーを薬剤科へ提出し、原本をスキャンセンターへ）  　　　　　　　　※コピーは薬剤科で保険薬局へFAXまたは送付します。  **《報告・提案に対しての対応について》**  □　内容を確認しました  □　内容を確認し現状のままとします  □　次回から提案の内容を考慮し変更します  【医師コメント】 |