



FAXの流れ : 保険薬局 ⇄ 薬剤科 ⇄ 処方医師

<注意>FAXによる情報提供は疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いいたします。

## 医薬薬連携患者情報提供書

《送信先》

国保多古中央病院

薬剤科 (FAX 0479-76-5410)

報告日: 年 月 日

|   |      |       |             |      |
|---|------|-------|-------------|------|
| 処方医師  |      | 科     | 保険薬局 名称・所在地 |      |
|   |      | 先生御侍史 |             |      |
| 患者  | 生年月日 |       |             |      |
|   | ID   |       | TEL:        | FAX: |
|   | 患者名  |       | 担当薬剤師名:     |      |
| <input type="checkbox"/> 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告いたします。 |      |       |             |      |

下記について、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 直近の処方箋発効日:                                    | 年   | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> 処方薬剤の服薬状況並びに指導に関する情報 | <input type="checkbox"/> 他科受診、併用薬剤等の情報      |   |   |
| <input type="checkbox"/> 患者の訴えに関する情報          | <input type="checkbox"/> 症状等に関する家族、介護者からの情報 |   |   |
| <input type="checkbox"/> その他連絡・報告事項           |   |   |   |
|   |   |   |   |

なお、大変お手数おかけいたしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきますと存じます。

よろしければ下記にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

### 返信欄

対応(医師記入欄)

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
- 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

年 月 日 医師名

必要に応じて処方箋の写しを添付すること