



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