

FAX 送信先:洛和会音羽リハビリテーション病院 薬剤部 075-581-6173

洛和会音羽リハビリテーション病院

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書

処方医 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者ID :	電話番号 :
患者氏名 :	FAX 番号 :
生年月日: 年 月 日	担当薬剤師名: 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします	

<報告内容>

- 処方内容に関する提案事項 有害事象に関する事項 服薬状況に関する事項
 他院治療に関する事項 質問・確認事項
 その他 ()

処方せん発行日: 年 月 日	返信の有無: 必要・不要
内容	

確かに受領いたしました 年 月 日 対応者:

<返信・対応>

- 報告内容を確認しました 次回より提案いただいた内容に変更します
 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察いたします
 提案内容を考慮し、以下の様に対応いたします

内容

年 月 日 対応者:

【注意】至急を要する疑義照会につきましては従来どおり電話にてお願い致します