



藤枝平成記念病院 薬剤部



FAX 054-643-1306

回答を急ぐ場合は、疑義照会票で提出をお願いします

服薬情報提供書 患者確認済み
患者確認なし

(レ点を付けてください)

藤枝平成記念病院

科

先生

令和 年 月 日

薬局名
所在地
電話番号
FAX

保険薬剤師氏名

印
(署名の場合不要)

患者氏名	患者ID
生年月日	性別
住所	電話番号
次回受診予定日(わかる範囲で)	
処方せん発行日	調剤日
内容分類	処方薬の服薬状況 併用薬剤 患者様の訴え 症状等の情報 その他 <input type="checkbox"/> で囲む
内容詳細	(内容は、簡潔・明瞭に記載して下さい。)
必要な場合は、処方箋のコピーを添付すること	
本情報による記載薬剤師からの提案・依頼	
病院からの報告	

(病院の流れ: 薬剤部FAX受信⇒外来記載依頼⇒医師記載⇒カルテにスキャン⇒薬剤部に返却, 記載者)

[記載上の注意]

*必要な場合は、処方せんを添付すること

*できるだけ業務時間内(月～金: 8:30～17:00 土: 8:30～12:00)にお問い合わせください。

2019年5月作成
(薬剤一様-34)