＜注意＞　このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。

兵庫県立こども病院　御中

報告日：　　　　年　　月　　日

　施設間薬剤情報提供書①（調剤薬局→病院）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　科  先生 | 保険薬局の所在地および名称  電話番号：  FAX：  担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 交付年月日：　　　　年　　月　　日 |
| 患者ID：  患者名： |
| * この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 * この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だ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、薬剤交付をいたしました。

下記のとおり、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 【報告事項】  □服用薬剤調整支援に関する提案　□残薬報告　□服薬状況　□剤形変更　□用法・用量変更  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢詳細内容】 |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 |

|  |
| --- |
| 【兵庫県立こども病院　備考欄】 |