



**<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
交付年月日：	年 月 日	電話番号：
患者ID：		FAX：
患者名：		担当薬剤師： 印
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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る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。

<p><b>【報告事項】</b></p> <p><input type="checkbox"/>服用薬剤調整支援に関する提案   <input type="checkbox"/>残薬報告   <input type="checkbox"/>服薬状況   <input type="checkbox"/>剤形変更   <input type="checkbox"/>用法・用量変更  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
<p><b>【上記選択肢詳細内容】</b></p>
<p><b>【薬剤師としての所見・提案事項】</b></p>

<p><b>【兵庫県立こども病院 備考欄】</b></p>
-------------------------------