



服薬情報提供書【一般用】

担当医 : _____ 科 _____ 先生御机下 _____ 報告日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

処方箋交付日 :	年 月 日	保険薬局名 :
患者 ID :		電話番号 :
患者氏名 :		FAX 番号 :
		担当薬剤師名 :

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患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるため報告いたします。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。
下記の通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。

薬剤師からの情報提供・提案事項

《注意》

このFAXによる報告は、疑義照会ではありません。緊急性の低い場合にのみご利用ください。
緊急性の高い問い合わせ等は、通常の疑義照会にてご確認ください。