



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：
<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。