**服 薬 情 報 提 供 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 病院  |  | 薬局名 | 薬局  |
| 診療科名 | 科  |  | 電話番号 |  |
|  | FAX番号 |  |
| 担当医 | 先生  |  | 担当薬剤師 |  |
| 処方日 | 平成　 　年 　　月　 　日 |  | 報告日 | 平成　 　年　 　月　 　日 |

【患者情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ID |  |  | 情報提供の患者同意 | □ 有 |
| 氏名 |  |  | □ 無（診療上重要な情報のため） |
| 生年月日 |  　年 　　月　 　日 |  | 返信の要否 | □ 要 |
| 性別 | □ 男性　　□ 女性 |  | □ 不要 |

【報告／提案・返信欄（医師記入欄）】

|  |  |
| --- | --- |
| * 報告
* 提案
 |  |
| 返信欄 | 記載日：　　　年　　　月　　　日　　記載医師： |

【注意事項】

　・この用紙による情報伝達は、疑義照会ではありません。

　・緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。