**FAX番号：0192－27－9285(代表)　岩手県立大船渡病院**

メール：oof-yakuzai@pref.iwate.jp

院外処方箋に関する患者情報提供書 （薬剤師→処方医）

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。

次の内容につき報告しますので、よろしくお願いします。

病院名：大船渡　　診療科名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宛

薬局名　　　　　　　　　　　　　（所在地　　　　　　）　TEL・FAX

保険薬剤師名

下記の事項に該当する箇所に印をつける。

〇　疑義照会簡素化の合意書による事項　　〇　電話による疑義照会済の事項

〇　後発医薬品への変更　　　　　　　　　〇　残薬確認状況　　　　　〇　その他

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 報告日 | 年　　　月　　　日 |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 年　　　月　　　日生(　　　歳) |
| 薬剤師からの情報等 | | | |
|  | | | |
|  | | | |