

院外処方せんに関する服薬情報提供書 (薬剤師→処方医)

埼玉県立小児医療センター 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。

- 疑義照会簡素化プロトコルに合意した事項 (処方日数変更を伴う場合)
- 疑義照会簡素化プロトコルの合意した事項 (処方日数変更を伴わない場合)
- 電話による疑義照会済の事項
- 後発医薬品への変更
- 残薬確認状況
- その他

※は必ず記入してください。

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