FAX:秋田赤十字病院薬剤部DI室　**018-829-5126**

FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

秋田赤十字病院　御中 　　 　報告日：　　　年　　月　　日

**服薬情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医： 　　　　　　　科　　　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局名：TEL：FAX： |
| 患者ID：患者名：対応者：□本人　　□家族　　□その他( 　　 )アドヒアランス：□良　　□不良（飲み忘れ　　　　　　回） |
| 担当薬剤師： |
| 分類：□有害事象　　□服薬状況　 □処方に関する提案　　□残薬調整　　□その他（ ） |
| 介入：□投薬時 　　□薬局→患者（電話フォローアップ） □患者→薬局（問い合わせ） |
| □情報提供に関して、患者の同意を得た。□患者は担当医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるため報告いたします。 |

|  |
| --- |
| 【報告事項】□副作用について　　　　□アドヒアランスについて　　　□規格・剤形について□残薬についての報告　　□その他 |
| 【上記選択肢詳細内容】 |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 |

※このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は通常通り電話にてお願いします。