

FAX の流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師（電子カルテ）

報告日： 年 月 日

担当医	科	保険薬局 名称・所在地
	先生 御机下	
処方箋交付年月日	年 月 日	電話番号：
患者 ID：		FAX 番号：
患者名：		担当薬剤師名： (☐ かかりつけ薬剤師 ☐ 否)
☐ 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。 ☐ 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ので報告いたします。		

【情報提供事項】
☐ 服薬状況 ☐ 有害事象疑い ☐ 服薬指導内容 ☐ 残薬報告 ☐ 内服抗がん薬など（化学療法）関連 ☐ 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】

《注 意》FAX による情報提供は、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、通常どおり電話にてお願いします。