

FAX 番号 : 0195-23-2834

岩手県立二戸病院

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 _____ 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。

- ☐ 疑義照会簡素化の合意書による事項 ☐ 電話による疑義照会済の事項
- ☐ その他

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