様式①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：徳島健生病院（088-622-7806）

保険薬局　⇒　薬剤科　⇒　主治医

徳島健生病院　宛

報告日：令和　　　年　　　月　　　日

**服薬情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当医**　　　　　　　**科**    **先生　御机下** | **保険薬局** |
| **患者ID：** | **電話番号：** |
| **患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様** | **FAX番号：** |
| **生年月日：　　　　　　年　　　　月　　　　日** | **担当薬剤師：** |
| **処方日： 令和　　　　年　　　　月　　　　日** | **調剤日：　令和　　　　年　　　　月　　　　　日** |
| 【徳島健生病院との合意書を交わした事項に関する項目】  **□ 成分が同一の銘柄変更 　　□ 剤形の変更　　□ 規格が複数ある医薬品の規格変更**  **□ 軟膏や湿布薬での用量規格の変更　　□ 一包化、半割、粉砕、混合　　□ 残薬調整のための投与日数の短縮**  **□ 外用剤の用法追記　　□ 処方日数の適正化 　□ 薬事承認されている「用法」以外の処方**  **□ 明らかな用法間違いの変更、追記** | |

**徳島健生病院との間で交わした「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコール合意書」に準じて、以下の通り調剤しましたので報告いたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 【処方箋記載内容】 | 【変更後】 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 【薬局からの提案事項等】 | |

<注意>　緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。