



<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

JCHO 四日市羽津医療センター 薬剤部 宛 報告日： 年 月 日

特定薬剤管理情報提供書

患者 ID :	保険薬局 名称・所在地		
患者名 :			
レジメン (薬剤) 名 :	TEL :	FAX :	
治療日 :	状況確認日 :	担当薬剤師名 :	印

以下のように情報提供いたします。

副作用発現状況・服薬アドヒアランス状況
指導内容
緊急性がある場合は情報提供とともに患者へ受診を勧めてください
保険薬局から医師・薬剤師への伝達・提案事項
返信 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (下記担当医師名記入)

担当医師 _____ 科 _____ 先生御侍史

大変お手数をお掛けしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきますため、下記にご記入いただき返信いただければ幸いです。

返信欄
対応 (医師コメント)
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。
<input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。
<input type="checkbox"/> 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
<input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
_____年_____月_____日
医師名 _____ 代筆者 (薬剤師名)

* 返信欄にコメントいただき、当薬剤部へお届けください。