

## 院外処方せんに関する服薬情報提供書 (薬剤師→処方医)

さいたま市立病院 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 (処方日数変更を伴う場合)  
 ○ 疑義照会簡素化の合意書による事項 (処方日数変更を伴わない場合)  
 ○ 電話による疑義照会済の事項                      ○ 後発医薬品への変更  
 ○ 残薬確認状況    ○ その他

※は必ず記入してください。

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