

大阪急性期・総合医療センター 服薬情報提供書

(様式 2)

該当院外処方箋 とともに薬局薬薬連携室へご送付ください (FAX 06-6692-0252)

記入日： 年 月 日

保険薬局名	薬局 店		薬局 FAX 番号	
薬剤師名		処方箋発行日	年 月 日	薬局電話番号
患者氏名			患者番号	
診療科			保険医師名	

この情報を伝える事に対して、患者の同意を

☐得ています。 ☐得ていませんが、治療上重要と思われるため報告いたします。

内 容 ☐処方薬剤の服薬状況 ☐処方薬剤による副作用の疑い ☐その他（報告事項）

（薬剤師からの提案事項）

返信欄

返信日： 年 月 日

☐内容を確認し、処方医に報告しました

☐その他

返信者