2021年5月12日

岩手県立中央病院薬剤部　宛

FAX：019-605-8711　E-mail：chuo-yakuzai@pref.iwate.jp

保険薬局-県立中央病院　服薬情報提供書

患者名		患者ID	
診療科		医師名	
処方日		調剤日	
連絡事項 （複数選択可）	①　副作用疑い　⑤　残薬　⑨　医療用麻薬関連 ②　相互作用疑い　⑥　経済的問題 ③　コンプライアンス不良　⑦　ポリファーマシー関連 ④　手技不良　⑧　その他（　　） 当院と合意した疑義照会に関する事項： ☐ 成分名が同一の銘柄変更　☐ 規格・剤形の変更　☐ 処方日数（数量）の変更（残薬調整） ☐ 用法の変更　☐ 一包化・粉砕・混合調剤の変更　☐ その他合意事項		
保険薬局からの報告事項 （情報提供、内容等）	○タイトル ： ○当該薬剤名 ： ○報告事項（当院と合意した疑義照会に関する事項については以下の通り調剤しましたので報告いたします（変更前後の内容報告））：		
当院からの回答	○提案内容を考慮し、以下の通り対応致しました。		

＊重複薬等の情報につきましては、お手数ですが別紙「お薬手帳」の該当部分をコピーし、FAXで送信願います。

保険薬局名：　　中央病院　薬剤部

担当薬剤師：　　担当薬剤師：

FAX番号：