

TEL:伊勢赤十字病院 (代) 0596-28-2171
FAX:伊勢赤十字病院薬剤部 0596-65-5340



FAXの流れ:保険薬局 → 薬剤部(→保険薬局)
日赤薬剤部に FAX 送信してください

<注意>

このFAXによる情報伝達は、疑義照会・薬剤情報提供書(トレーニングレポート)ではありません。
予定入院される患者の情報を伝達する用紙です。

伊勢赤十字病院 薬剤部 宛 報告日: 年 月 日

服薬情報等提供書

患者ID:		保険薬局 名称・所在地	
患者名:			
入院理由:		TEL:	FAX:
予定入院日:	状況確認日:	担当薬剤師名:	印
副作用歴・アレルギー歴: ☐ なし ☐ あり(薬剤名:)			

以下のように情報提供いたします。(処方元が複数の場合はわかるように記入してください)

現在の服用薬、用法・用量、服薬アドヒアランス状況等

【処方元:

】

保険薬局から医師・薬剤師への伝達・提案事項

返信欄

☐報告内容を確認しました。

年 月 日

薬剤師名