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＞**

TEL:伊勢赤十字病院　 ㈹ 0596-28-2171

FAX:伊勢赤十字病院薬剤部0596-65-5340〇△△

**このFAXによる情報伝達は、疑義照会・薬剤情報提供書（ﾄﾚｰｼﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄ）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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |