



*** この FAX による情報伝達は「疑義照会」ではありません ***
「疑義照会」は通常通り処方医師へ確認してください

処方医師： 科 先生 御侍史 報告日： 年 月 日
処方箋交付日： 年 月 日

患者 ID :	保険薬局名称・所在地 :
患者氏名 :	
患者からの同意 ☐ 得た ☐ 得ていない [☐ 患者本人 ☐ 家族 ☐ その他 ()]	TEL : FAX : 担当薬剤師名 :
☐ 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

以下の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

報告内容：

薬剤師からの提案事項：

☐服薬状況 ☐処方内容 ☐調剤方法 ☐在宅訪問管理指導（理由記載必要） ☐その他