FAX：千葉ろうさい病院薬剤部　0436-76 -9806

FAXの流れ：保険薬局→薬剤部→処方医師

〈注意〉このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

処方医師　　科　　先生御机下

報告日：20　　年　　月　　日

特定薬剤管理指導加算２

患者ID： 患者名： (生年月日：　　年　　月　　日生　) 交付年月日：20　　年　　月　　日	保険薬局　名称・所在地 TEL： FAX： 担当薬剤師名：
□この報告に対して患者の同意を得ています。 □この報告に対して患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられるので報告いたします。	

下記の内容についてご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

□薬剤の使用状況　　□有害事象疑い

□処方内容に関する提案事項　　□その他（　　）

【詳細内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】

※受信確認のFAX返信はいたしません。