FAX:東北大学病院薬剤部DI室022-717-7531

FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

東北大学病院　御中 　　 　報告日：20　　年　　月　　日

**服薬情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　　科先生　御机下 | 保険薬局名：所在地：**〒**　 |
| 交付年月日　　20　　　年　　　月　　　日 | 電話番号：  |
| 処方No | FAX番号：  |
| 患者ID：患者名： | 担当薬剤師名：印（□かかりつけ薬剤師　　□非　） |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。□この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告いたします。 |
| MMWIN関連情報（□MMWIN登録患者　（□検査値　□カルテ情報　□その他（　　　　　　　　　））\*:当院ではMMWINへの患者登録を推進しております。本レポート作成時に利用したMMWINのカルテ情報の状況を記載ください。 |

下記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。

|  |
| --- |
| 【院外処方箋に関する問い合わせ簡素化プロトコール；合意書No　　　（数字のみ）】□該当しない　　□該当する⇒プロトコール項目番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）※:項目番号②～⑤のうち薬剤料が高くなった場合及び⑥～⑫については、トレーシングレポートによる報告が必要です。 |
| 【報告事項】□抗がん薬（化学療法）関連　　　　　□服用薬剤調整支援に関する提案　　□疑義照会（修正あり・修正なし）　　□残薬報告　　　□服薬状況　　　□服薬指導内容　□有害事象疑い（抗がん薬以外）　　　□その他（ ） |
| 【上記選択肢詳細内容】 |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 |

**（2020年8月4日更新）**