

服薬情報等報告書

様式4

水戸ブレインハートセンター薬剤科 (FAX:029-232-8766) 平成 年 月 日

患者情報	
氏 名	様
患 者 I D	
診 療 科	科
処方発行医師名	医師
処方箋交付日 年 月 日	平成 年 月 日
調 剤 日	平成 年 月 日

保険薬局様情報	
保 険 薬 局 名	
所 在 地	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
薬 剤 師 名 氏 名	

服薬状況に関する情報
患者・家族からの訴え(アレルギー、副作用等)に関する情報・考察
その他特記すべき事項(薬剤保管状況等)
薬剤師としての提案事項

<注意>

FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。