

大阪市立大学医学部附属病院 服薬情報提供書

服薬状況について情報提供する場合は、FAXにて服薬情報提供書と 処方箋 を医療機関へ送信して下さい。

年 月 日

保険薬局名	薬局	薬局 FAX 番号	
薬剤師名	処方箋発行日	年 月 日	薬局電話番号
患者氏名	患者 ID		
診療科	医師名		
報告に対する患者同意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（診療上必要と認められるため情報提供します）		

処方薬剤の服薬状況 使用薬剤(他院処方、OTC)等 患者、家族、介護者からの情報 その他
(内容)

(薬剤師の処方提案)