

斜里町国民健康保険病院御中 報告日（西暦） 年 月 日

- ◆処方せん疑義照会、PBPM により医薬品の変更があった場合、本報告書を処方せん複写と共に院内薬局宛に FAX してください。
- ◆FAX の受付時間は平日 8:30~17:00 です。それ以降は翌日以降、土日祝日は翌診療日以降の対応となりますことをご了承願います。
- ◆合意を交わした薬局のみ PBPM による変更調剤が可能です。

連絡内容を○で囲み、太線枠を記載してください

返答：1. 至急 2. ___ 時頃までに 3. 本日中 4. 返答の必要なし
内容：1. 疑義照会 2. PBPM 3. 副作用報告 4. その他

処方箋複写

患者 ID		処方箋発行日	(西暦) 年 月 日
患者氏名		保険薬局名	
生年月日	(西暦) 年 月 日	担当薬剤師名	
診療科名		保険薬局 FAX 番号	
処方医名		保険薬局電話番号	

連絡内容

FAX:0512-23-5283 (薬局) e-mail;shariyak@swan.ocn.ne.jp