

◆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		保健薬局名	
生年月日	(西暦) 年 月 日	担当薬剤師名	
診療科名		保健薬局FAX番号	
処方医名		保健薬局電話番号	

連絡内容