

服薬支援プロトコルに準ずる 一包化の提案について

送付日 年 月 日

薬剤部FAX 0829-36-1773(直通)

TEL 0829-36-3111(代)

FAX受付時間：平日8:30-17:00(左記時間以外で緊急の場合は、TEL連絡も必要です)

※必ず、FAXにてこの連絡票を送信してください。

主治医への正しい情報提供及びカルテへの記録のためご協力をお願いします。

患者情報

患者氏名		処方せん 発行日	年	月	日
広島総合病院 患者ID		診療科			科

一包化が必要な理由を下記よりお選びください。

①身体機能

②認知機能

③その他

()

一包化情報

① 他院の処方と併せた一包化(この場合、他院分処方の情報をFAX送付ください)

①の場合

添付資料(他院の処方の内容の記録が必要です。

お薬手帳の内容添付などをお願いします。)

② 広島総合病院 処方を単独で一包化

②の場合

今後、広島総合病院 外来処方時に一包化にする必要があるか ご回答ください

要

不要

備考

受付時間	:	受付薬剤師		備考	
------	---	-------	--	----	--

FAX送付者

保険薬局名	薬局	保険薬局 FAX番号	-	-
薬剤師名		保険薬局 電話番号	-	-

薬剤部FAX 0829-36-1773(直通)

TEL 0829-36-3111(代)

FAX受付時間：平日8:30-17:00(左記時間以外で緊急の場合は、TEL連絡も必要です)