FAX送信先

保険薬局→薬剤科

国家公務員共済組合連合会
熊本中央病院　宛

FAX 096－370－4006

報告日　　年　　月　　日

施設間情報連絡書

患者ID		保険薬局名	
患者氏名		保険薬局住所	
生年月日		保険薬局電話番号	
受診科		保険薬局FAX番号	
処方医氏名		担当薬剤師氏名	
処方箋発行年月日		調剤年月日	

下記の該当する項目にチェックを記入して下さい

☐事前合意プロトコルに基づく変更報告 →
☐疑義照会報告
☐後発医薬品変更調剤報告
☐調剤連絡報告
以下の事項については通信欄へ記載してください
☐副作用報告
☐残薬・服薬状況に関する報告
☐その他（　　について）

処方変更内容（該当項目にチェック）
☐銘柄変更　☐外用剤形の変更
☐剤形変更　☐漢方薬の用法変更
☐含量規格変更　☐処方日数の最適化
☐外用用法の変更　☐残薬調整

報告内容

変更前	変更後

通信欄

熊本中央病院薬剤科　記入欄

電子カルテ修正　　修正者氏名

☐ 修正済　☐ 一部修正済　☐ 修正不可　　印

*処方修正等に係る取り決め事項は、必ず疑義照会事前合意プロトコルをご参照下さい
*本連絡書と併せて、変更後の処方箋も必ずFAX送信して下さい
＜注意＞緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください