



保険薬局→医事課→主治医

《送信先》

横浜旭中央総合病院

医事課 FAX : 045-922-9499

報告日 :           年    月    日

## 残薬調整情報提供書

担当医 科 医師	保険薬局 名称・所在地
患者 I D :	薬局電話番号 :
患者名 :	薬局 F A X 番号 :
	担当薬剤師名 :
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ました。 <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、報告いたします。

残薬調整 :

**(注意) FAX による情報伝達は疑義照会ではありません。**

**緊急性のある疑義照会は通常通り電話にて照会してください。**

電話 : 横浜旭中央総合病院 (代表) 045-921-6111 平日 9:00~17:30

(このフォームは一例です。汎用されている他の様式をご使用していただいても結構です)