



FAX: _____

保険薬局名: _____

【返信用:市民病院→薬局】特定薬剤管理指導加算2

____年 ____月 ____日に当院宛に報告された ____ 様の返答です。

(患者イニシャル 苗字・名前)

現着確認のご連絡をさせて頂く場合がございます

確認が終わりましたら、以下にサインをお願いします。

| 薬剤部 | 医事課→ 診療科ブロック | 担当医師 | 診療科 ブロック | 薬剤部 (気送子可 101) | 調剤薬局へ返信 カルテ取込 |
|-----|-----------------|------|--------------|-------------------|------------------|
| 月 日 | 月 日 | 月 日 | 回収後 薬剤部 行 | 月 日 | 月 日 |
| | 各医師への 依頼文書 行 | | | | |



<医師は確認後、診療科ブロックの文書回覧ファイルに戻してください>

報告内容を確認し、以下のように対応します。

- 次回外来時に患者を診て判断する
- 提案通り次回処方を変更する
- このまま経過観察とする
- その他(_____)

保険薬局への特記事項