



FAX : 筑波大学附属病院 029-853-3554

薬剤情報の提供にあたりカバーレターとしてご使用ください。  
<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。  
疑義照会は通常通り担当医へ電話(029-853-5931)にてお願いします。

筑波大学附属病院 御中

報告日 : 年 月 日

### 薬剤情報提供書

処方医  科  先生 御侍史	保険薬局(名称・所在地)   電話 : _____ FAX : _____  担当薬剤師 : _____ 自署
患者番号 : 患者名 : 処方日 :	

処方せん調剤を行い、以下にチェック(☑)した内容に関して、変更または疑義照会したので報告します。

- 禁忌  適応外  用量(過量・過少)  用法  分割調剤  服用薬剤調整支援  
 残薬調整  重複投与  相互作用  一般名  先発⇄後発切替  メーカー変更  
 日数変更(残薬調整を除く)  規格変更  剤形変更  その他( )

変更または疑義照会内容(処方せん等のコピー可)