



## 抗微生物薬処方情報共有レポート

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID: 患者イニシャル:	電話番号:
	FAX 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 得た。 得ていない。 患者は主治医への報告を拒否していますが、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、薬剤交付いたしました。  
下記の通り、抗微生物薬処方について確認させていただきたいことがございます。  
ご高配賜りますようお願い申し上げます。

確認事項
回答（札幌医科大学附属病院記載）

## &lt;注意&gt;

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、通常通り電話にてお願いします。