

※処方箋は左右切り離さないでください
(処方箋右側のバーコードで認識します)

FAX送信先
福岡徳洲会病院 医事課 宛

FAX番号 092-585-1600

福岡徳洲会病院 薬剤部 宛

FAX番号 092-592-1603

〈様式4〉

FAX送信票

送信枚数 全 _____ 枚

※当該処方箋と一緒に送信してください

FAX送信日、薬局名、薬剤師名、電話番号、FAX番号	
処方箋交付日	診療科
処方箋左上部の番号8桁	患者さま氏名

お願い
<input type="checkbox"/> 訪問要否意見書 継続的な訪問薬剤管理指導が必要と思われる場合は、その理由などを記載のうえ 医事課まで送信お願いいたします。医師が必要な性を判断したのち連絡いたします。
<input type="checkbox"/> 服薬情報提供書(トレーシングレポート) 即時性は低いものの処方医への提供が望ましいと判断された内容について記載のう え薬剤部まで送信お願いいたします。ご施設で用意された書式で報告される場合は この〈様式3〉を表紙としてご活用ください
<input type="checkbox"/> その他 指定の様式に当てはまらない場合はこちらの様式をご活用頂き、薬剤部まで送信お 願ひいたします。
用件

通信欄

■当院の処方箋をお取扱いいただく際には、必ず当院ホームページをご参照のうえ
対応のほどよろしく願ひいたします

<http://f-toku.jp/>

トップページ ⇒ 医療関係者の皆様へ ⇒ 調剤薬局の方へ