

## 電子お薬手帳内容送付依頼手順書

下記手順にて対応頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

### 市立四日市病院 薬局

- ・ 依頼用紙をFAXセンターより各保険薬局に送付
- ・ 電話にて保険薬局に連絡



### 保険薬局

- ・ 依頼内容を確認
- ・ 調剤内容をFAXにて当院（市立四日市病院）薬局に送付  
(FAX : 059-350-5051)
- ・ 電話にて当院（市立四日市病院）薬局に連絡  
(電 話 : 059-354-0266)



### 市立四日市病院 薬局

- ・ FAX受診内容を確認

## お薬手帳内容送付依頼書

依頼日 年 月 日

ID		診療科	
患者氏名		生年月日	
保険薬局名	薬局 ( 店)		
保険薬局電話番号			
処方医療機関名 調剤年月日	R 年 月 日		
	R 年 月 日		
	R 年 月 日		

\* 上記についてFAXにてご回答お願いいたします。

市立四日市病院 薬局 電話 059-350-5051  
FAX 059-354-0266

記入していただく項目は以下の薬局名と薬剤師名のみです。



回答薬局	○○	薬局	薬剤師名	○○ ○○
------	----	----	------	-------

院内薬局使用欄	送付確認	印
	返信確認	印