

医薬品供給不安等に伴う患者紹介に係る案内書

(1)

令和 年 月 日

紹介元保険薬局の所在地及び名称

電 話

(FAX)

保険薬剤師氏名

署名 (又は記名押印)

患者名： _____ 様

| | |
|---------------|---|
| 在庫がない医薬品名： (|) |
| 処方元保険医療機関名： (|) |
| 紹介先保険薬局の名称： (|) |

処方箋期限の間に上記の紹介先保険薬局まで調剤を受けに行ってください。

以下の(2)を切り離さずに紹介先保険薬局にお渡しください。

(2)

(紹介先保険薬局の名称) 殿

| | |
|-------------------|---|
| 電話相談日時： 年 月 日 時ころ | |
| 相談対応者氏名： 殿 | |
| 在庫確認医薬品名： | |
| 自薬局で調剤ができない理由： (|) |

紹介先保険薬局ではこの案内書を2年間保管すること。

〔お願い〕

紹介元保険薬局が、患者又はその家族等に、処方箋有効期限内に紹介先保険薬局に行くよう案内するとともに、紹介先保険薬局へ提示するよう説明した上で配布してください。