

●薬局からオンライン診療を実施した医療機関への情報提供
緊急避妊薬に関する情報提供書（薬局薬剤師→医師）

令和 年 月 日

情報提供先

医療機関名： _____ 医師名： _____ 先生

患者名： _____	生年月日： _____ 年 月 日
電話番号： _____	

【報告事項】

- 禁忌事項について確認しました。
- 薬剤師の面前で薬剤を服用しました。
(服用日時：令和 年 月 日 AM・PM 時 分)
- より確実な避妊法について適切に説明しました。
- 約3週間後に産婦人科医による直接の対面診療を受診することを説明しました。
- その他

薬局名： _____ 薬剤師名： _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

所在地： _____