

送信日 年 月 日

送信先 綾部市立病院 薬剤部 FAX 0773-43-0967

薬剤情報提供依頼書

以下の患者様の入院中の薬物療法の継続にあたり必要な情報なので、内容を記載の上、ご返信いただきますようお願い申し上げます。（↓以下の欄も記入をお願いします）

入院予定日 年 月 日	送信元施設名称
患者 ID:	
患者氏名:	電話番号:
	FAX 番号:
生年月日: 年 月 日	担当ケアマネジャー・薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 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	

薬剤情報提供記載欄

上記患者について、情報提供致しますのでご確認ください。

※処方内容が不明な場合、処方元もしくは調剤薬局の記載をお願いします。

※別添資料（お薬手帳コピーなど）の有無 あり（資料内容： _____） なし

この情報提供後の状況についてフィードバックを希望します