（西暦）　　　年　　月　　　日

**患者情報提供依頼書**

島田市立総合医療センター　薬剤部　御中

（フリガナ）

患者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ID　　　　　　　　　）

生年月日　大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日

上記患者様が、当薬局へ院外処方箋を持参されました。

当患者様に関わる調剤上必要な情報をご提供下さい。

備考：特に知りたい情報

至急知りたい項目

□

□

□

□

□

□　レジメン

□　病名等患者背景

□　服薬指導上特に注意すべき項目

□　直近の入院歴

□　その他（　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 薬局名　　　　　　　　　　　薬局　　　　（担当） 　Tel： Fax：E-mail： |

1. 至急知りたい項目がある場合は、Ｆａｘとは別に電話にてお問い合わせ下さい
2. 通常は、患者次回来院時までに情報提供をE-mailで返信します。