平成 23 年　　月　　日

患者情報提供依頼書

薬局　様

（フリガナ）
患者名　　（ID　　）

生年月日　　大正・昭和・平成　　年　　月　　日

上記患者様が、平成　　年　　月　　日　に当院　　科に入院されました。

かかりつけ薬局である貴局の持つ当患者様に関わる情報をご提供下さい。

情報提供の書式は、できるだけ共通テンプレート使用してください。（書式が不明な場合はお問い合わせ下さい。）

備考：特に知りたい情報	至急知りたい項目
□　現在の服用薬（薬品名　用法）	□
□　副作用歴、アレルギー歴	□
□　趣向品（たばこ、アルコール）	□
□　サプリメント等健康食品の情報	□
□　服薬状況（服薬遵守状況　服薬管理状況　等）	□
□　その他（　　）	□

お忙しいことと思いますが、早めの情報提供をお願いいたします。

市立島田市民病院　薬剤部　薬局

（担当）

FAX：0547-35-7570
E-MAIL: yakuyaku@municipal-hospital.shimada.shizuoka.jp
問い合せ：0547-35-2111（代表）