様式２-②　（主治医　　薬剤師）

報告日：　　　　年　　　月　　　日

**薬についての情報提供書（連絡書）**

|  |  |
| --- | --- |
| （　　　　　　　　　）薬局　　薬剤師（　　　　　）先生 | 医療機関　名称・所在地 |
| 患者名：生年月日：昭和　　　　年　　　　月　　　　日（　男　　・　　女　） | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 主治医名：　　　　　　　　　　　　　　印 |

下記の通り、ご連絡いたしますので薬剤の調整・服薬指導等をよろしくお願いします。

|  |
| --- |
| 【連絡事項】 |