


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申し上げます。

【連絡事項】