

○任意の情報提供書です。お持ちの情報提供書をご活用いただくことも可能です。

薬剤師から主治医への服薬情報提供

先生 御侍史	保険薬局 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：
	担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して <input type="checkbox"/> 患者の同意を得た。 <input type="checkbox"/> 患者の同意は得ていないが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	
下記のとおり、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。	

主治医から薬剤師への返書 (※必要時のみ、ご活用ください。)

薬局名称 薬剤師 先生	医療機関名 名称・所在地
下記のとおり、ご連絡いたします。	