

持参薬施設間情報 提供依頼書・報告書（至急）

<p>情報提供元</p> <p>御施設名 _____</p> <p>御担当者様氏名 _____</p> <p>御連絡先 _____</p>	<p>依頼元</p> <p>聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院薬剤部</p> <p>担当薬剤師氏名 _____</p> <p>横浜市旭区矢指町 1197-1</p> <p>TEL : 045-366-1111（代表）</p> <p><u>FAX : 045-366-1183</u></p>
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

当該患者様の持参薬情報を上記 FAX にお送りください。よろしくお願致します。

患者 ID :	性別 :	男・女
生年月日 :	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)

<p>医療機関(診療科名、処方医名) / 処方日(調剤日) / 医薬品名 / 用法・用量 / 処方日数 等</p>
<p>処方内容をこの欄に記載してください（お薬手帳シール等の貼付でも可）。</p>

備考欄	<p>一包化や粉碎調剤等の情報も併せてご記入ください。</p> <p>また、サプリメント服用等の特記事項がありましたらご記入ください。</p>
-----	-------------------------------------------------------------------------

※ 本用紙の個人情報は、個人情報保護法に則って適切に取り扱ってください。
 患者の持参薬を確認する用途以外には使用しません。