

持参薬施設間情報連絡書

令和 年 月 日

※全ての欄に記入する必要はありません。必要と考えられる情報のみ記入ください。

ふりがな 患者氏名	情報提供元施設の所在地及び名称
性別 : 男・女 生年月日 : 明 大 昭 平 年 月 日 (歳) 住所 : 電話番号 :	電話 : F A X : 薬剤師名 : 印

医療用医薬品	
医療機関 (診療科名、処方医名)	処方日 (調剤日)
医薬品名 / 規格 / 用法・用量 / 処方日数	

例) ロキソプロフェン錠60mg 「EMEC」 3T/3X 毎食後 ☐ 日分 ☐ 一包化 ☐ ヒート ☐ 粉砕

備考欄