

入院時情報提供書送付依頼

薬局 御中

令和 年 月 日

平素は大変お世話になっております。

この度、 下記の患者様が当院に入院となりました。

下記の患者様が当院に入院予定となりました。 [令和 年 月 日入院]

つきましては、入院中の加療に資するべく貴薬局からの情報提供をお願い申し上げます。

患者様ご氏名

様 [M T S H 年 月 日生]

※ 入院に至る経緯または原因疾患

※入院に至る経緯または原因疾患は、個人情報及び秘匿性の観点より記載しない場合があります。

各事柄ご確認が必要な場合は、電話等により個別に対応を図り致します。

- 送付の確認も含め、連絡希望
- 直近の薬剤情報提供書の送付希望
- 入院時持参薬の事前整理を希望

【コメント欄】

医療機関名

住所

連絡先 : TEL :
FAX :

担当者 :

●南薩薬剤師会からのお願い

各薬局におかれましては、本書が送付された時は、「入院時情報提供書」に記載できる項目をご記入いただき、速やかな返信へのご協力を願い申し上げます。

地域医療委員会 赤池