＿＿＿＿＿＿＿＿薬局ご担当薬剤師様　　○○○○年○○月○○日

入院時薬剤関連情報連携書

いつも大変お世話になっております。
（患者名）○○○○　○○○○　様がこの度当院に入院となりました。
つきましては、薬物療法の継続のため、薬剤の服用状況・副作用歴・調剤方法・OTC など特記事項がございましたら FAX にてご返信くださいますよう、お願いいたします。

患者 ID：　　患者名：　　性別：　　生年月日：
入院日（予定）：

〒950-8601
新潟市中央区鳥屋野 2007 番地 6
医療法人恒仁会　新潟南病院　薬剤部
（担当：××××　×××）
TEL: 025-284-2511　FAX: 025-284-2080

情報の流れ：保険薬局→薬剤部→スキャンセンター

FAX 用返信コメント欄

＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

医療法人恒仁会　新潟南病院　薬剤部　行
患者名：○○○○　○○○○　様

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿薬局　薬剤師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿FAX: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿