

2020/12/9

保険薬局 各位

入院時の患者持参薬に関する情報提供のお願い

平素は、大変お世話になっております。

表記の件につきまして、入院患者さんの持参薬に関する情報を収集するために、必要な場合、持参薬を調剤した保険薬局へ、調剤薬等に関する情報提供をお願いすることといたしました。

つきましては、患者さんへ説明、了解を取った上で、調剤薬等に関する情報提供をお願いする場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします。

なお、問い合わせは別紙の薬剤管理情報提供依頼書を用いて、FAXにて行います。

JCHO 四日市羽津医療センター
薬剤部長 松田 浩明
TEL 059-331-2000

返信先: 四日市羽津医療センター 薬剤部 FAX 番号: 059-331-6123

薬剤管理情報提供依頼書

送信日: 年 月 日

御中

患者氏名	
性別: 男 ・ 女	
生年月日: 年 月 日生(歳)	

JCHO 四日市羽津医療センター(薬剤部)
住所: 〒510-0016 四日市市羽津山町 10 番 8 号
TEL: 059-331-2000 (代表)
FAX: 059-331-6123
薬剤師名:

いつもお世話になっております。当院に入院されました上記患者様の、お薬の服用状況・副作用歴・アレルギー歴などの情報提供をいただきたくご連絡させていただきました。本 FAX の送信について、患者様からは了承を得ております。ご多忙の中大変恐縮ですが、以下の空欄に記入、もしくはお薬手帳シールなどを貼付し返信をお願いいたします。返信先は上記に記載の FAX 番号までお願いいたします。

なお、ご不明な点などございましたら上記連絡先までお問い合わせください。

副作用歴 アレルギー歴	なし ・ あり :
最終処方日・調剤内容(医療機関/医薬品名/用法用量 等)	
特記事項	