【入院前施設間情報連絡書】

年　　月　　日

提供先医療機関名:　　御中

ふりがな **患者氏名**	様
性　別　：男・女 生年月日：　　年　　月　　日生（　　歳）	

情報提供元施設の所在地及び名称

広島県福山市御幸町大字上岩成148-13
公立学校共済組合　中国中央病院

電　話　：　084-970-2121

ＦＡＸ：　084-970-2125

薬剤師氏名：　　印

いつもお世話になっております。
このたび患者様は以下日程で入院予定となりました。
それに伴い、主治医より現在継続中の薬剤について以下指示となりましたので、患者様の同意を得て情報提供をさせていただきます。お手数をお掛けしますが薬剤指導いただき、FAXにて返信頂くようお願い致します。

入院予定日:　　**月**　　**日**

入院目的:

入院前服薬上の留意点（休薬・中止等）

その他特記事項

〈保険薬局記入欄〉

〈保険薬局⇒病院連絡事項〉

返信日:

保険薬局:

担当薬剤師:

□　説明が完了しました

その他特記事項