FAX 番号：048-296-5719

作成日：＿＿＿＿＿＿＿

退院時薬剤情報提供書について(返書)

埼玉協同病院
担当薬剤師：　　行
ID:

　　様の退院時薬剤情報提供書を受け取りました。

☐ 情報提供ありがとうございました。継続的薬学的支援のため有効に活用させていただきます。

・特に有用であった事項、今後情報共有が必要と思われる事項等ありましたらご記入ください。 具体的に：

☐ 以下の事項についてご報告申し上げます。
☐ 以下の事項について不明な点がありましたのでお知らせください。

貴施設名：
住所：
電話番号：
FAX 番号：　　担当薬剤師：＿＿＿＿＿＿＿

薬剤科→保険薬局→薬剤科→スキャナ→破棄　2023 年 2 月　管理部承認
医薬品管理 001 付表①退院時薬剤情報提供書について（返書）