

年 月 日

施設間情報連絡書（依頼・報告）

下記患者様の薬物療法についての連携を深めるため、情報提供をお願いいたします。

情報提供をお願いいたします。 情報提供をさせていただきます。

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
情報提供元 :	依頼元		
施設名 :	施設名 :		
担当者氏名	担当者氏名		
電話番号 :	電話番号 :		
FAX 番号 :	FAX 番号 :		
内容	処方歴：医療機関名（診療科、処方医）、処方日（調剤日）、医薬品名、用法・用量、処方日数など、必要と判断した情報は記入してください。お薬手帳シールなどの貼付での情報提供でも構いません。		
備考欄	一包化や粉碎など調剤上の留意点や、服薬状況などの情報があれば記載をお願いいたします。		