施設間薬剤情報提供書【返信用シート】③(調剤薬局⇒病院)

※必要であればこちらをご使用下さい。

送信日:　　年　　月　　日

施設間薬剤情報提供書②について

患者氏名:　　様

☐ 確認済　　☐ 来局(有・無)

施設間薬剤情報提供書②の内容及び患者様につきまして、下記のとおりご報告いたします。

※ご質問等に関しましても下記にご記入下さい。

＊本様式は、当院HP＞薬剤部＞院外処方箋について(保険薬局向け)＞調剤薬局との連携について＞(2)当院薬剤部から調剤薬局へ情報提供する場合　にも掲載しております。

発信者(住所・電話番号等も記載して下さい)

兵庫県立こども病院　薬剤部　宛
〒650－0047
兵庫県神戸市中央区港島南町1丁目6－7
TEL:078－945－7300　(代表)
FAX:078－945－7310 (薬剤部)