患 者 連 絡 及び 照 会 書

【回答】

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者様

　　年　　月　　日

○○○○薬局　○○店

TEL（0823）○○‐○○○○

FAX（0823）○○‐○○○○

薬剤師

該当の患者様につきまして、処方薬や副作用歴等の情報提供を

お願い申し上げます。

※情報提供への患者様の同意（有・無）

患者氏名　　　　　　　　　　　性別（男・女）

生年月日　　年　　月　　日

【備考】

【対応医療機関】

呉医療センター　TEL 0823-22-3111　FAX0823-21-7019

中国労災病院　 TEL 0823-72-7171　FAX 0823-72-7228

呉共済病院　　 TEL 0823-22-2111　FAX 0823-32-0207

呉市医師会病院 TEL 0823-25-7703　FAX 0823-25-7703

済生会呉病院　 TEL 0823-21-1601　FAX 0823-24-5274

（例）

患者名：○○○○様

処方日：○○年○月○日

処方医　　○○科　医師名○○○○

1. AAA　３錠　１日３回　毎食後　　３０日
2. BBB　２錠　１日２回　朝夕食後　３０日
3. CCC　１錠　１日１回　就寝前　　３０日
4. DD湿布　　３５枚　１日２枚　両膝

コメント・・・・・

　　　　・・・・・

手帳用シール等の貼付でもOK、

有ればコメントも記載（一包化等）

薬剤師