

施設間情報提供書 << 保険薬局 → 病院 >>

日付： 令和 年 月 日

地域医療機構金沢病院 御中

医療機関名：

住所：

TEL：

FAX：

以下の患者様の服薬指導にあたり情報提供をお願いします。

病院からの情報提供にあたり、患者からの同意を得た。

患者氏名：

ID：

年齢：

性別：

生年月日：

主治医：

レジメン：

その他、定型の検査値以外で服薬指導に必要な情報等がある場合は
詳細を以下の空欄に記載してください。