情報提供書（ 薬局 → 医療機関 ）

報告日：　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 | 薬局名住所電話ＦＡＸ薬剤師名 |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　　　様（　　　歳）生年月日：大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日住所：電話番号： |

上記の患者様からの希望により、情報提供させていただきます。

腎機能含め精査いただきたく、お忙しいところ恐れ入りますが、御高診のほど何卒お願いいたします。

|  |
| --- |
| 情報提供の経緯 |
|  |
| 現在の使用薬（ 病院名・薬剤名・規格・用法用量など ）　➡ 別添（ 手帳コピー等 ）有 □ |
|  |
| 臨床検査値（ 検査結果等 ）　➡ 別添（ 血液検査結果コピー等 ）有 □ |
|  |

|  |
| --- |
| 返信欄（ 病院記載 ） |
|  |

【情報提供書ルール】

1. 患者さまの希望のある時に利用
2. 薬剤師の判断で受診したほうがよい等の場合は、主治医の判断に反する場合があるため利用は控える

③　患者が受診時に紹介医療機関に提出する（ファックスやメールでの送信はしない）

④　使用薬剤の内容や血液検査データはコピーなどの添付でも構わない