作成日

薬　剤　管　理　サ　マ　リ　－（返書）

福島県立医科大学附属病院 御中

（FAXにてご返信ください。FAX番号：024-547-1985）

患者ID: 　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 様

の薬剤管理サマリーを受け取りました。

　[ ]  継続的薬学的支援のため有効に活用します。

|  |
| --- |
|  ※　特に有用であった事項、今後情報共有が必要と思われる事項等ありましたらご記入ください。　 |

[ ]  以下の事項について報告します。

[ ]  以下の事項について不明な点がありましたので報告ください。

|  |
| --- |
|  |

＊個人情報保護にかかる同意について下記の項目いずれかをチェックしてください。

返信にあたっては、[ ]  患者様の同意を得ています。　[ ]  施設内掲示にて包括同意を得ています。

薬剤師

施設名

　　　施設住所 〒

電話番号：

FAX番号：

＊本返書は日本病院薬剤師会作成「薬剤管理サマリーについて（返書）」を基に作成しています。