

入院時患者情報連携書

年 月 日

薬局 薬剤師様

上越地域医療センター病院 薬剤科

いつも大変お世話になっております。

(患者名) 様が(主病名) で入院しました。

継続した薬物療法のために副作用歴・コンプライアンス・調剤方法・OTC など特記事項ありましたら下記連絡先までご返信下さい。

性別 男・女
生年月日 年 月 日
入院日 年 月 日

上越地域医療センター病院 薬剤科
〒943-8531 新潟県上越市南高田 6-9
TEL 025-523-2131 FAX 025-522-3377

FAX用返信コメント欄

上越地域医療センター病院 薬剤科 行 年 月 日
患者名

薬局 薬剤師名
TEL FAX