**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

　　　　　　　薬

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

ＴＥＬ025-523-2131　　ＦＡＸ025-522-3377

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