記入日：　　年　　月　　日

〈注意〉　このＦＡＸによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り疑義照会票にてFAXでお願いします。

服薬情報提供依頼書

いつもお世話になっております。この度、下記患者様の情報共有を深めるため、情報提供をお願いします。

生年月日	
患者名：	

※この情報を伝えることに対して患者の同意を
☐得た。　☐得ていない。

依頼施設（依頼項目のチェックまで記載）

施設名		電話番号	
担当薬剤師		FAX番号	

	共　通	主として保険薬局依頼	主として病院依頼
依頼	☐服薬状況 ☐副作用・アレルギー歴 ☐調剤上注意点 ☐吸入指導状況シート ☐低血糖症状指導状況シート ☐その他（　　）	☐薬物療法のための情報提供書 ☐退院時看護サマリー	☐常用薬 ☐ＯＴＣ・サプリメント

自由記述欄（依頼内容について記入してください。）

☐添付資料あり

返信欄　　年　　月　　日

施設名		電話番号	
担当薬剤師		FAX番号	

☐添付資料あり