


薬-薬連携 情報提供依頼 [依頼日 令和 年 月 日]

薬局 (薬剤師:) 市・区		大阪急性期・総合医療センター 薬務グループ(DI室) 薬剤師:
FAX		FAX 06-6606-7010
電話		電話 06-6692-1201(代)

ID	男 女	処方せん番号	処方された主な薬剤
----	--------	--------	-----------

この用紙及び FAX 番号は、医師への疑義照会・変更調剤の報告等には使用できません。送信先が異なります)

診断名【告知：有（本人・家族）・無・不明】
治療計画【術前・術後補助療法・進行再発】

別紙(有・無) 上記のとおり情報提供します。(令和 年 月 日)
 記入薬剤師 ()

保険薬局から

別紙 (有・無) 上記のとおり情報提供します。(令和 年 月 日)
 薬剤師 ()