

# 施設間情報連絡書（調剤薬局→磯子中央病院）

フリガナ：	
患者氏名：	様
生年月日：	( 歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

発行日 年 月 日

情報提供元調剤薬局	
施設名	
電話番号	
FAX番号	
薬剤師	



情報提供先	
施設名	磯子中央病院 薬剤部
電話番号	045-752-1212
FAX番号	045-752-9010
薬剤師	

入院予定日：  
入院目的：  
既往歴：

処方薬（処方施設/診療科、医薬品名、用法用量、 自己調整の有無、服用日（週1回○曜日服用）など）	調剤上の留意点（粉碎、一包化、別包、簡易懸濁の有無など） ○月○日分までお渡し済み
	服薬状況（内服方法、アドヒアランス、コンプライアンスなど）
	その他（アレルギー、副作用、その他特記事項）