

退院時薬剤情報連携サマリー(返書)

東京都保健医療公社 荏原病院 行

担当薬剤師 _____

作成日 _____

ID _____ 氏名 _____ 様

の退院時薬剤情報連携サマリーを受け取りました。

情報提供ありがとうございました。

チェックをつける

以下の事項について報告します。

以下の事項について不明な点がありましたのでお知らせください。

青枠内、必要時
記載をお願いします。

※ 個人情報保護にかかる同意について下記の項目いずれかをチェックしてください。

返信に当たっては、 患者の同意を得ています。 施設内掲示にて包括同意を得ています。

ご施設名	_____	作成日	_____
施設住所	_____	薬剤師名	_____
電話番号・FAX	_____		

赤枠内、
必ず記載してください。

◆◆◆◆FAXにてご返信ください。FAX: 03-5734-7066 ◆◆◆◆

お問い合わせ先 《荏原病院 薬剤科》TEL: 03-5734-8000(代表)

※退院時薬剤情報連携サマリーを用いた薬業連携の取り組みの詳細は下記ホームページをご覧ください。

<http://www.ebara-hp.ota.tokyo.jp/bumon/yakuzai.html>