FAX:静岡医療センター薬剤部　055－976－3673

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

静岡医療センター　御中 報告日：　　　年　　月　　日

**服　薬　報　告　書**

☐にチェックを入れてください。

　☐吸入薬指導（吸入薬指導加算）

　☐インスリン製剤等の糖尿病治療薬指導（調剤後薬剤管理指導加算）

☐その他：

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：  印 |
| 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。 | |

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【指導等の内容】

＜注意＞　疑義照会は通常通りお願いします。