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。