

送信先 東邦大学医療センター大橋病院薬剤部 FAX:03-3481-9723

## 服薬情報等提供料に係わる情報提供書

東邦大学医療センター大橋病院 御中

担当医 \_\_\_\_\_科  
\_\_\_\_\_先生 御机下

\_\_\_\_\_年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話

Fax

保険薬剤師氏名

印

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
患者ID		生年月日	
処方箋発行日	年 月 日	調剤日	年 月 日
【記載上の注意】 1、必要がある場合には、続紙に記載し添付してください 2、わかりやすく記載（シールでも可）してください 3、必要な場合には、処方せんの写しを添付してください			