【様式（在）-５】

令和　　年　　月　　日

昭和大学江東豊洲病院　医事外来課　様

**診療情報提供のお願いの件**

平素は、大変お世話になっております。

私共で貴病院処方せんにもとづき訪問薬剤管理指導を実施しております下記の患者様について、

別途、「在宅訪問薬剤管理指導報告書」を送付させて頂いておりますが、以下のような変化があり、診療情報提供をお願い申し上げます。

同封の「診療情報提供書(保険薬局用)【様式（在）-６】」にご記入の上、返信用封筒にて、送付の程，お願い申し上げます。

なお、提供を頂けない場合、その旨を下記の担当薬剤師まで、ご回答の程、お願い申し上げます。

お手数ですが、書類（【様式（在）-６】）の送付あるいはご回答を、令和　　年　　月　　日までにお願い申し上げます。

**【診療情報提供依頼患者】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ＩＤ** | **氏名** | **診療科名** | **処方医氏名** | **最新処方日** | **変化（体調等）の概要** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**【送付書類】**

（１）診療情報提供依頼書【様式（在）-５】（この文書）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１通

（２）診療情報提供書(保険薬局用)【様式（在）-６】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通

薬局名：

住所：

電話：　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：

担当薬剤師名：

昭和大学江東豊洲病院薬薬連携協議会２０２０．１０