

作成日

薬剤管理サマリーについて（返書）

※ FAXにてご送信ください。（FAX 03-3202-7152：薬剤部外来投薬窓口）

国立国際医療研究センター病院

担当薬剤師 _____ 様

貴院発行の _____ 様の薬剤管理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。継続的薬学的支援のため有効に活用させていただきます。

※ 特に有用であった事項、今後情報共有が必要と思われる事項等ありましたらご記入ください。

具体的に：

以下の事項についてご報告申し上げます。

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。

※ 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。

薬剤師名

薬局名 _____

住所 _____

TEL _____

FAX _____