大阪公立大学医学部附属病院　服薬情報提供書

服薬状況について情報提供する場合は、FAX にて服薬情報提供書と　処方せん　を医療機関へ送信して下さい。

年　　月　　日

保険薬局名		薬局		薬局 FAX 番号	
薬剤師名		処方箋発行日	年　　月　　日	薬局電話番号	
患者氏名		患者 ID			
診療科		医師名			
報告に対する患者同意		□有　　□無（診療上必要と認められるため情報提供します）			

（内容）