

作成日

薬剤管理サマリーについて（返書）

県立高田病院

担当薬剤師

様

拝啓 平素より大変お世話になっております。

貴院発行の

様の薬剤管理サマリーを受け取りました。

（患者ID:

生年月日:

年

月

日生)

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。

※ 個人情報にかかる同意について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。

薬局

薬剤師

住所・電話番号等記載してください