|  |
| --- |
| 抗がん剤・情報共有シート |

保険薬局 → 富士市立中央病院 薬剤科　　　【FAX番号：0545-57-5712】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 報告日： |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険薬局名： |  |
| 電話番号： |  |
| FAX番号： |  |
| 担当者名： |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID： |  | 診療科： |  |
| 患者氏名： |  | 様 |  |
| 生年月日： |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 【報告内容】 | ※ 自由に記載してください |
|  |

上記報告致します

※ 情報共有に関しては必ず患者同意を取得してください