

作成日： 年 月 日

## 薬剤管理サマリーについて（返書）

### 独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター

担当薬剤師

先生

山口県岩国市愛宕町一丁目1番1号

TEL：0827-34-1000 FAX：0827-35-5895

拝啓 平素より大変お世話になっております。

（代表）

（薬剤部直通）

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がありましたらご記入下さい。出来る限り具体的にご記入をお願い致します。

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づ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。

薬局

〒  
住所：  
TEL：

薬剤師

FAX：