

内服状況等確認書

令和 年 月 日

御中

平素より大変お世話になっております。

貴院にて下記の方のお薬の処方がございます。現在処方されています薬剤名及び、傷病名をご教示いただきますよう、何卒宜しくお願い致します。

令和 年 月 日より

患者名 様 (年 月 日生)

傷病名 にて 入院予定・入院中

手術予定日 令和 年 月 日 (曜日)

この情報提供に同意します。

本人署名 _____

代筆者署名 _____ 続柄 _____

《薬剤名（用法含む）》

《傷病名》

※用紙に記入して頂きこのまま下記までFAX返信お願い致します。

《周術期に休薬が必要な薬剤》
(薬剤名)

医療法人 友光会

整形外科 押領司病院

担当()

TEL: 0984-22-3131

.....
.....
・休薬は可能でしょうか？

FAX: 0984-22-0300

ご指示いただければ幸いです。

何かご不明な点がありましたらご連絡ください。