東北大学病院薬剤部 薬品情報室

FAX番号：022-717-7531

東北大学病院　御中 　　 　依頼日：20　　年　　月　　日

**【薬剤管理サマリー再発行依頼書】**

|  |  |
| --- | --- |
| 東北大学病院　薬剤部　宛 | 保険薬局名：  所在地：〒 |
| 患者ID： |
| 患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 生年月日：  　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 担当薬剤師名：  （□かかりつけ薬剤師　　□非　） |

|  |
| --- |
| 上記患者について、同意が得られましたので、  退院時薬剤管理サマリーの再発行を依頼します。  入院診療科：  退院日：　　　　　　年　　　月　　　日 |

* 概ね1週間程度で郵送いたします。
* 以下のケースなどでは再発行が難しい場合があります。
  + 薬剤管理サマリーが未発行の場合
  + 他の保険薬局を宛先として発行されている場合

東北大学病院　使用欄

再発行依頼書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者・サマリー  確認・印刷 | 日付・印 | → | 薬剤師 | 日付・印 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 再発行不可  理由 | □患者確認できず | → | 依頼元に電話連絡 | 担当者名 | 日付・印 |
| □サマリーなし  □宛先不一致 | → | 担当薬剤師に対応を相談 |  |

|  |
| --- |
| メモ： |

（2025年 2月10日更新）