



～痛みやつらい症状を和らげるために～

保険薬局の薬剤師が病院の医師に患者様の状況を連絡したり、医師の考えなどを教えてもらうことにより、より患者様の痛みやつらい症状を和らげてお薬を安心して使っていただくことができます。

_____ 薬局が
兵庫医科大学病院に患者様の情報を連絡・照会することに

同意します

同意しません

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さま氏名 _____ (自筆)

