

服薬情報提供書

患者氏名	作成日	年	月	日
	生年月日	年	月	日

薬局名:
薬剤師名:
薬局連絡先:

- 処方医療機関名
- 処方日
- 処方日数
- 薬品名
- 用法用量

が分かるよう記載(もしくは分かる画面等の添付)をお願いします。

中濃厚生病院薬剤科(FAX:0575-24-0529)までFAXにて送信をお願いします。

--

【問い合わせ先】 中濃厚生病院 TEL(代表):0575-22-2211 FAX(薬剤科):0575-24-0529