

「薬剤師のおためし訪問」に関する連絡票

連絡日 : 平成 年 月 日

【宛先】

医療機関名 _____

科名 _____

氏 名 _____ 先生 御侍史

FAX 番号 _____

【発信】

薬局名: _____

住 所: _____

氏 名: _____

電 話: _____ FAX: _____

患者氏名		男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
住 所				
具体的な課題				
ケアマネジャー 及び 利用者さまから 薬剤師への要望 事項				