静岡市立清水病院

訪問薬剤管理指導依頼の連絡票 令和 年 月 日

 患者番号			
カナ		診療科	科
患者氏名		担当医師	先生
発信元・宛先			
・保険薬局名 ・電話番号・FAX ・薬剤師名 必ず記載して下さい			
訪問薬剤管理指導 の実施要望の理由			
回答 (医師記載欄)			

清水病院薬剤部 FAX:054-336-1313 TEL:054-336-1111