

報告日 年 月 日

FAX先：06-6393-8564（大阪回生病院薬剤部）

患者のレジメンや状況に関する問い合わせ

医療機関名	大阪回生病院	保険薬局名称	
担当医師	科 先生	薬剤師名	
		電話	
		FAX	

患者ID _____ 患者名 _____

処方せん発行日 _____ 年 月 日

（問い合わせ ・ 報告）いずれかに○をつけて下さい

回答

・ 報告について保険薬局の所定の様式がある場合は使っていないで構いません。