

作成日 \_\_\_\_\_

## 薬剤管理サマリーについて（返書）

医療法人橘会 東住吉森本病院  
担当者様

FAX 06-6606-7855（薬剤科直通）

拝啓 平素より大変お世話になっております。

貴院発行の \_\_\_\_\_ 様（ID : \_\_\_\_\_ ）の  
薬剤管理サマリーについて

受け取りました。

必要に応じて、下欄に 1-3 の番号と内容を記載し、ご返信下さい。

1. 以下の事項について不明な点がありましたのでお知らせ下さい。（返事要）
2. 以下の情報を共有します。（返事不要）
3. ※今後情報共有が必要と思われる事項、その他お気付きの点がありましたらご記入下さい。

[内容]

医療機関名 : \_\_\_\_\_ 担当者 : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

当科記載用	受領印	対応印	(日付 / ) <input type="checkbox"/> 当科対応・診療録へ記載 <input type="checkbox"/> 地域医療課へ依頼 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

医療法人橘会 東住吉森本病院 薬剤科