

作成日 _____

薬剤管理サマリーについて（返書）

「受領のみ」のご返信は不要です。以下、1～3のいずれかに該当する場合はご返信ください。

医療法人橘会 東住吉森本病院 薬剤部
担当者様

FAX 06-6606-7855（薬剤部直通）

_____様（ID：_____）の薬剤管理サマリーについて

1. 不明点がありましたのでご確認ください。【返事要】
2. 以下の情報を共有します。【返事不要】
3. その他 ※お気づきの点等ありましたらご記入ください。

[内容]

病状及び診療内容に関するお問い合わせは、地域医療連絡室〔06-6606-0010（代）〕へ
お願い致します。

医療機関名： _____ 担当者： _____

TEL： _____ FAX： _____

当部記載用	受領印	対応印	(日付 /) <input type="checkbox"/> 当部対応・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 薬剤部