

医療法人にゆうわ会
及川病院 薬剤部 宛

薬局名 :
ご担当者 :
住所 :
電話 :
FAX :

服薬状況等に係る情報提供書

情報提供日	年	月	日	返信希望	☐ 報告のみ	☐ 返信希望
処方発行日	年	月	日	担当医師	先生	
患者ID				患者氏名	様	
情報提供書の概要						
患者および介護者からの情報の概要						
お薬等に対するご提案						
病院からの回答						
回答者：						

注意) FAXが届いた際は、病院薬剤部にご連絡ください。

医療法人にゅうわ会 及川病院
TEL: 092-522-5411 (代)
FAX: 092-522-6244

