

情報フィードバックレポート

(保険調剤薬局 ⇄ 公立朝来医療センター FAX : 079-670-2244)

公立朝来医療センター _____ 科 _____ 先生行

要返答 ・ 返答不要 (いずれかを選択)

保険調剤薬局名

TEL

FAX

薬剤師名

平成 年 月 日

患者ID番号 _____

患者氏名 _____ 性別 (男・女)

生年月日 (M・T・S・H) _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

処方科 _____ 科 処方日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<処方内容> (処方箋のコピー添付でも可)

<保険調剤薬局からの情報内容>

<医療機関より返信>

<その後>