

香川労災病院服薬情報提供書

送信日： 年 月 日

処方箋交付日： 年 月 日 / 調剤日： 年 月 日

患者氏名： (男・女) / 患者ID：

生年月日： 年 月 日

診療科： 処方医師：

薬局名：

薬剤師氏名：

薬局連絡先： TEL / FAX

詳細記入欄

※必ず処方箋のコピーをこの「香川労災病院服薬情報提供書」の右記に
添付すること

FAX送信先：0877-21-8900（香川労災病院内丸亀市薬剤師会FAXコーナー）