

退院情報提供書



施設名 _____

以下の内容を記載後、担当薬局迄 FAX お願いいたします。
残薬情報、退院時処方内容の記載されている薬情・もしくはおくすり手帳などあれば、併せて FAX お願いいたします。

ご利用者様氏名	入院先	退院日時	メモ