

令和 年 月 日

情報提供書

先生

_____ さん (T・S・H・R 年 月 日生) の
_____ 月 _____ 日の処方につきまして、北区薬剤師会で行っている「おくすり整理
そうだん/バッグ運動」により回収したお薬があります。

- 1) _____ が _____ 回収できました。
投与日数を _____ 日分へ変更をお願い致します。
- 2) _____ が _____ 回収できました。
投与日数を _____ 日分へ変更をお願い致します。
- 3) _____ が _____ 回収できました。
投与日数を _____ 日分へ変更をお願い致します。
- 4) _____ が _____ 回収できました。
投与日数を _____ 日分へ変更をお願い致します。

5) その他

FAX[_____]

薬局名[_____]

薬剤師氏名[_____]

●承認頂ける場合は下欄に記名押印もしくは署名の上、切り取らずにご返信ください。

上記の件 承認致します。

令和 年 月 日

処方医氏名 _____ 印