

残薬のある利用者さんの紹介状

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

発信元

担当者名	
施設名	
電話番号/FAX	

利用者情報

氏名			
性別 男 ・ 女	生年月日	M・T・S 年 月 日	歳
住所			
電話番号			
ご家族様 (キーパーソン) <input type="checkbox"/> 独居	氏名	続柄	
ご家族様住所 ( <input type="checkbox"/> 同上)	ご家族様電話番号		
介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		
認定期間	～		
処方薬の医療機関 (診療科目)	① ②		
かかりつけ薬局 (あり・なし)			
その他の利用薬局	① ②		

あて先

岡崎薬剤師会 事務局	
電話	0564-28-0090
FAX	0564-28-0091

※事務局から、かかりつけ薬局または利用者さんの住所に近い薬局に 連絡を  
いたします。 その後、その担当薬局から発信元事業所にご連絡差し上げます。

：：：：通信欄：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：：