

FAX送信先 0865-62-2845

一般名処方薬品調剤報告書

医)さなだ耳鼻咽喉科医院

報告年月日

処方医 眞田友明 先生

保険薬局名

保険薬局住所

電話番号

FAX番号

薬剤師名

(印)

下記の患者様に対し以下の医薬品を調剤しましたので報告します。

患者ID

患者氏名

患者生年月日

処方日

調剤日

処方箋記載薬品名	調剤医薬品名	メーカー名

※報告書はこのシートでなくても項目を満たしていれば同様の物でかまいません。  
※報告書は調剤の都度お送りください。