

連携機関に対する紹介文書

(紹介文書例)

年 月 日

(紹介先機関名称) 様

紹介元薬局

薬 局 名 :

所 在 地 :

電話番号 :

FAX 番 号 :

薬剤師名 :

⑩

被紹介者氏名		性 別	男 ・ 女
住 所			
電話番号			
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)	

相談日時

年 月 日 時 分

薬局対応者

相談内容

使用薬剤等

紹介理由

その他