


残薬調整連絡票 (市民病院以外の処方分)

以下のとおり残薬調整しましたので連絡します。

保険薬局名			春日井市民病院						
薬局			薬剤部						
担当薬剤師			FAX 0568 (57) 0094						
FAX ()			TEL 0568 (57) 0057 (代表)						
TEL ()									
処方年月日	平成	年	月	日	調剤年月日	平成	年	月	日
今回減数調剤した内容									
<p>* 調整により節約できた薬剤費が計算できるように内容を記載してください。 薬品名、規格、メーカー名、1日量、調整日数 (例：○日→△日) なお、お薬手帳用のシールなどご利用いただいてもかまいません。</p>									