

ラニチジン錠連絡票

保険薬局 _____ 担当者 _____

該当部に○をつけてください

患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

I D (当院のもの, 分かれば) _____

連絡先 (自宅, 携帯) _____

診療科 _____

処方日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

銘柄 日医工 その他 (_____)

来院の希望 あり なし

来院予定日 _____ 月 _____ 日 (開院日に限る, 平日 11:30 までに受付)

送信先 京都中部総合医療センター 薬剤部

F A X 0 7 7 1 - 4 2 - 5 7 9 1