

# 尾道市立市民病院

## 【残薬情報提供書】

報告日		処方せん交付日	
薬局名		処方 No.	
薬剤師名		診療科: 処方医	
TEL		患者番号	
FAX		患者名(イニシャル)	
残薬情報			

**【注意事項】**

この報告書に必要事項を記入し、薬剤部へ FAX してください。

プライバシー保護のため、患者名はイニシャルを記入してください。

TEL: 0848-47-1155(代表) 、FAX: 0848-55-9059(薬剤部)