

深谷赤十字病院 御中



FAX : 048-573-5675 (医事課直通)
保険薬局→医事課→薬剤部→医師

リフィル処方服薬状況報告書

報告日： 年 月 日

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID:	電話番号:
患者名:	FAX番号:

処方箋発効日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
リフィル回数 <input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
服薬状況報告	

報告時の当該リフィル回数を記載してください。