

事前準備アンケート

事前にこのアンケートをお持ちいただければ、各医療機関の
(木村病院・星ヶ丘マタニティ病院など)お薬をご準備(取寄せ)致します。
お薬手帳または使用中のお薬をお持ちいただければ、記入は不要です。
お医者様からのお薬には処方せんが必要になります。
調剤依頼時には処方せんを必ずご持参下さい。

▼現在使用中のお薬を詳しく教えてください。

医薬品名	メーカー名	1日量	日数
例:〇〇錠△△mg	××製薬	1錠	◇日分

▼ジェネリック医薬品(後発医薬品)への変更も行えます。

- 希望する
- 希望しない
- どちらでも良い

お名前(ふりがな) :

生年月日: 昭和・平成・令和 年 月 日

ご住所 :

TEL : () -

※お預かりした個人情報につきましては、お薬を準備する目的の為に
使用致します。

※医師の指示により後発医薬品に変更できない場合があります。

ご不明な点はお気軽にご相談下さい。



しょうなん調剤薬局 名東本通店

TEL:(052)784-4288

FAX:(052)784-4289