FAX：海南薬剤師会　073-482-3878

【 薬 剤 師 対 応 依 頼 シ ― ト 】

薬の管理が難しい」、「飲み忘れて余ってしまう」、多剤服用などお薬に関してお困りのことをお書き下さい。当会の在宅支援薬局をご紹介致します。また、相談のみ、セカンドオピニオンの薬剤師版の要件でも結構です

 但し、かかりつけの薬局を決めておられる患者様の場合、まずはそちらにご連絡下さい。

ご依頼者様情報

ご連絡先電話番号

お名前　　　　　　　　　　　　　患者様とのご関係

ご連絡先電話番号　　　　　　　　　　　　　　折り返しご連絡いたします

患者様情報（近隣指定の場合のみご記入ください）

ご住所

薬剤師に依頼したい事

在宅訪問・薬の一元管理・残薬整理・剤型変更・お薬相談

その他(　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

相談内容(困っていること)　できるだけ具体的にお書き下さい