【薬局用】

依頼日：　　　　年　　月　　日

金鯱メディネット照会閲覧依頼

薬剤部　FAX：052-971-0776

名古屋医療センター　薬剤部　行

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 男・女 |
| 患者氏名 | 　　　様 | 年 | 月 | 日 |
| ID |  |
| 該当する項目に レ チェックをお付け下さい。新規登録 □**※**新規の場合、同意書もFAXをお願いします。　　　継続登録 □ |

上記患者様のデータを照会閲覧したいので、対応をお願いします。

|  |
| --- |
| 薬局名 |
| 薬剤師名\* |
| 薬剤師名\* |
| TEL（　　　　）　　　　－ |
| FAX（　　　　）　　　　－ |

※照会のご依頼を頂いた薬剤師に対して、カルテ公開権限の設定を行います。

※照会希望をされる薬剤師の氏名をご記入頂きますよう、お願い申し上げます。