

【薬局用】

依頼日： 年 月 日

金鯨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 <input type="checkbox"/> チェックをお付け下さい。					
新規登録 <input type="checkbox"/> ※新規の場合、同意書も FAX をお願いします。 継続登録 <input type="checkbox"/>					

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。