

古賀市福祉事務所長 殿

令和 ○年 ○月 ○日

指定薬局コード

004.000.0

指定薬局名及び所在地

福岡県 ○○市 ○○ ○-○-○

○○薬局

調剤開始要否連名簿

下記の患者について調剤の必要が有りますので調剤開始連名簿を提出します。

部中 部目

ケース番号	世帯員番号	患者氏名	処方箋発行医療機関	調剤開始月			継続期間	単併別	
				年号	年	月			
1	1234	01	花見 太郎	医療機関コード 000.000.0 医療機関名 ○○クリニック	5	○	○	6	1
2	ケース番号不明の時は 生年月日を記入して下さい。	(S12.3.4生) 古賀 次郎	医療機関コード 000.000.0 医療機関名 ○○医院	5	○	○	6		
3			医療機関コード 医療機関名						
4			医療機関コード 医療機関名						
5			医療機関コード 医療機関名						
6			医療機関コード 医療機関名						
7			医療機関コード 医療機関名						
8			医療機関コード 医療機関名						
9			医療機関コード 医療機関名						
10			医療機関コード 医療機関名						

上記患者について調剤券を発行して
よろしいか伺います。

6ヵ月以内です
併用調剤券のみ「1」を
記入して下さい。

係員	係長	課長	所長
----	----	----	----

担当員印

年 月 日入力