

指定薬局名及び所在地



調剤開始連名簿

下記の患者について調剤の必要がありますので調剤開始連名簿を提出します。

ケース番号	世帯員番号	患者氏名	処方箋発行医療機関 医療機関コード 医療機関名	診療開始月			継続期間	単 併 別
				年号	年	月		
1			医療機関コード 医療機関名	平				
2			医療機関コード 医療機関名	平				
3			医療機関コード 医療機関名	平				
4			医療機関コード 医療機関名	平				
5			医療機関コード 医療機関名	平				
6			医療機関コード 医療機関名	平				
7			医療機関コード 医療機関名	平				
8			医療機関コード 医療機関名	平				
9			医療機関コード 医療機関名	平				
10			医療機関コード 医療機関名	平				

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カ月以内です。→ を →
併用医療券のみ「1」を →
記入してください。

係 員	係 長	課長補佐	課 長

薬局へのお願ひ

○この連名簿は毎月15日までに福祉事務所へ必着するよう送付してください。