

■記載日： 年 月 日

薬剤に関連した検査について情報提供

院外処方により下記の薬剤を調剤させていただきました。当該薬剤は定期的な検査が推奨されております。受診時にはチェック項目の検査実施についてご検討くださいますようお願いいたします。

情報提供対象薬剤：

Table with 2 columns: 推奨検査項目, 検査実施間隔. Includes checkboxes for liver function, blood chemistry, kidney function, and other tests.

■保険薬局名称： TEL： - -
■薬剤師名：

《医師回答欄》 検査します 検査不要です

■記載日： 年 月 日

薬剤に関連した検査について情報提供

院外処方により下記の薬剤を調剤させていただきました。当該薬剤は定期的な検査が推奨されております。受診時にはチェック項目の検査実施についてご検討くださいますようお願いいたします。

情報提供対象薬剤：

Table with 2 columns: 推奨検査項目, 検査実施間隔. Includes checkboxes for liver function, blood chemistry, kidney function, and other tests.

■保険薬局名称： TEL： - -
■薬剤師名：

《医師回答欄》 検査します 検査不要です

■記載日： 年 月 日

薬剤に関連した検査について情報提供

院外処方により下記の薬剤を調剤させていただきました。当該薬剤は定期的な検査が推奨されております。受診時にはチェック項目の検査実施についてご検討くださいますようお願いいたします。

情報提供対象薬剤：

Table with 2 columns: 推奨検査項目, 検査実施間隔. Includes checkboxes for liver function, blood chemistry, kidney function, and other tests.

■保険薬局名称： TEL： - -
■薬剤師名：

《医師回答欄》 検査します 検査不要です

■記載日： 年 月 日

薬剤に関連した検査について情報提供

院外処方により下記の薬剤を調剤させていただきました。当該薬剤は定期的な検査が推奨されております。受診時にはチェック項目の検査実施についてご検討くださいますようお願いいたします。

情報提供対象薬剤：

Table with 2 columns: 推奨検査項目, 検査実施間隔. Includes checkboxes for liver function, blood chemistry, kidney function, and other tests.

■保険薬局名称： TEL： - -
■薬剤師名：

《医師回答欄》 検査します 検査不要です