薬剤保管依頼書

　　年　　月　　日

薬　剤　部　長　　殿

診療科名

医師氏名

貴部において下記薬剤の保管を依頼しますので，よろしくお願いします。

記

薬剤名：

規　格：

剤　形：

用法・用量：

使用期間：

患者名：

患者ＩＤ：

依頼者へ

依頼者へ

処方受付は時間内のみとし，時間外受付は行いません。

薬　剤　部　長

処方受付は時間内のみとし，時間外受付は行いません。

薬剤部長