

連携充実加算関連 情報収集シート

問い合わせ日: 年 月 日	回答日: 年 月 日
------------------------	---------------------

ID:

患者氏名: _____

1 問い合わせ元医療機関・保険薬局

名称	
電話番号	
薬剤師名	

2 問い合わせ内容

--

3 回答内容

--