

協愛医院FAX（0544-24-1311）

こちらはコロナ対策の臨時的取り扱いとなり、診療時間内のみとなります。

お薬のみ処方依頼表

R2年 月 日（ ）

診察券番号

お名前

電話番号

※電話番号は必ず連絡がつく番号でお願いします。

お薬を取りに来る日 月 日（ ） 午前・午後

※木曜午後は休診です。

内容：

記入例：

アレグラ60mg×30日分 ナゾネックス点鼻112噴霧×1本
アレジオンL×点眼×1本
症状は、薬を使用していると調子がよい。