

FAX : 03-3876-9084

あさくさかんわネットワーク研究会行

おくすりに関する DI 相談申込書 (医療介護者向け)

名前 : _____

御所属 : _____

該当に○ 医師、訪問看護師、ケアマネージャー、薬剤師 その他 ()

住所 : 〒 _____

電話番号 : _____

FAX 番号 : _____

メールアドレス : _____

この情報の守秘義務は順守します。

個人情報に関わる情報は記載しないでください。

DI (医薬品情報) の回答に必要な患者様背景情報のみ記載ください

該当の患者様情報

性別 : 男性 女性 その他

年齢 : _____ 歳

その他特記事項 (あれば) :

相談内容 : 自由記載