

**電子処方せん希望カード**

**私は電子処方せんの発行を希望します**

**以下の電子処方せん対応薬局で調剤いただきます**

**薬局名：**

**連絡先：**

 **- 　　　 -**

**＜桑名市総合医療センターID・氏名＞**

**氏名：**

**ＩＤ：**

**◆使用方法**

**◆注意事項**

**電子処方せんをご利用したい場合、受付基本カードのファイルに本カードを入れて各診療科ブロック受付へ提出してください。**

* **電子処方せんを利用する場合でも薬局での受付は必要です。**
* **担当医・薬局が電子処方せんに対応していない場合があります。**

電子処方せんについての詳しい情報は

厚生労働省の国民向けホームページをご覧ください



電子処方せん