**○○薬局からのお知らせ**

**～おくすりの服用をフォローアップします～**

　**様**

　次回の来局までの間に、おくすりの効果がきちんと出ているか、副作用が出ていないか等について、薬剤師がフォローアップします。

　おくすりについてご不安なことがある場合にも、お気軽にご相談ください。

ご連絡の有無：　無　・　有　（　患者様から　・　薬剤師から　）

ご連絡の方法：　電話　・　メール　・　来局

その他　（　　　　　　　　　）

主な確認事項：

担当者　：○○薬局

薬剤師：○○○○○

電話番号：○○○-○○○-○○○○

（薬剤師　→　患者様）

メモ欄

(患者様　→　薬剤師)

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～