

## 1. お薬情報

	服用している お薬のお名前	投与量 (MG/ML)	摂取頻度と数量	購入頻度
例	atorvastatincalcium	TAB 10MG	朝昼 2回 1錠ずつ	3か月に1回
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※お薬リストのオンライン提出をご希望の場合は、“TEAM”と(310)505-9003まで、テキストメッセージを送ってください。サーベイ形式のオンラインフォームをEメールもしくは、テキストメッセージにてお送りします。

※お薬リストのコピーを同封して頂いてもOKです。

<備考欄> お薬について何かお知らせがあれば、こちらに記入してください

--

お名前

---

## 2. ファーマシー（薬局）情報

薬局名	住所	電話番号

## 3. 全てのドクターの情報

お名前	住所	電話番号
メディカル・グループ		
メディカル・グループ		
メディカル・グループ		
メディカル・グループ		
メディカル・グループ		

### <備考欄>

2025オープン・エンロールメント期間中に弊社よりサポートを受けるにあたり、何かお知らせ等がありましたらご自由にご記入ください。(プラン乗換のご希望、日本帰国やご旅行予定など)

--

ご協力ありがとうございました。