様式１－①　　医療機関別取扱処方箋数〈眼科，耳鼻咽喉科，歯科を除く〉

薬局名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　（令和６年実績）

枚数の多い３医療機関については，名称を記入してください。　　（単位：枚）

医療機関名	市町村	１月	２月	３月	４月	５月	６月	７月	８月	９月	10月	11月	12月	計
①														
②														
③														
④その他合計														
計														A

様式１－②　　医療機関別取扱処方箋数〈眼科，耳鼻咽喉科〉

①														
②														
③														
④その他合計														
計														B

様式 1－③

医療機関別取扱処方箋数〈歯科〉

薬局名：

（令和６年実績）

枚数の多い３医療機関については，名称を記入してください。

（単位：枚）

医療機関名	市町村	１月	２月	３月	４月	５月	６月	７月	８月	９月	10月	11月	12月	計
①														
②														
③														
④ その他合計														
計														C