

兵庫県立淡路医療センター 薬剤部

FAX: 0799-24-7332

報告日: 年 月 日

残薬調整に関する服薬情報提供書

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID:	電話番号:
患者名:	FAX 番号:
患者生年月日: 年 月 日	担当薬剤師: 印
処方箋交付日: 年 月 日	調剤日: 年 月 日
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告します。	

●処方箋薬剤の服薬状況(コンプライアンス)に関する情報

残薬調整のため、下記の通り処方日数を変更いたしました。

医薬品名	処方日数(変更前)	➡	処方日数(変更後) ※0 は不可
		➡	
		➡	
		➡	
		➡	
		➡	
		➡	
<日数変更の理由> <input type="checkbox"/> 服用忘れ <input type="checkbox"/> 自己調整 <input type="checkbox"/> 入院による服用中断 <input type="checkbox"/> 処方重複 <input type="checkbox"/> その他			
<備考>			