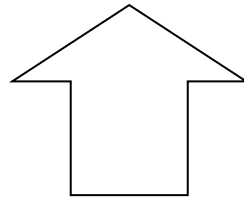


多根記念眼科病院 御中
FAX 番号 06-6581-5063
(メール報告可)



残薬調整報告書

多根記念眼科病院

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

先生御机下

【患者情報】 処方日： 患者 ID： 氏名： 生年月日：	【保険薬局情報】 保険薬局名： 所在地： 電話： FAX： 担当保険薬剤師名：
---	---

この情報を処方医へ伝えることに対して患者の同意を 得ています。
(どちらかにチェックをお願いします) 得られていません。

処方箋の残薬調整について、以下の通り、ご報告いたします。

残薬調整した内容
残薬の理由 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 飲み忘れ (点眼し忘れ) が重なった <input type="checkbox"/> 飲む量や使う回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 別の医療機関からの処方がある <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 自己判断にて中断 <input type="checkbox"/> その他 [_____]
指導内容や保険薬剤師からの提案事項など [_____]

注) 疑義照会は従来通り電話連絡をお願いします。