

送信日 令和 年 月 日

残薬情報提供書

FAX:076-475-7997

厚生連滑川病院 診療科 御中

患者氏名		患者番号	
診療科		処方医師	
処方日	令和 年 月 日	調剤日	令和 年 月 日
【残薬内容】			
【残薬が生じた理由に関する情報】			
<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法用量の間違え <input type="checkbox"/> 自己調整 <input type="checkbox"/> 入院なので中途に薬があった			
<input type="checkbox"/> その他 []			
【処方医への連絡事項】			
保険薬局名			
担当薬剤師			
住所			
電話番号			
FAX 番号			

FAX の流れ: 保険薬局→診療科→カルテ取込→処方医師