

服薬状況報告書

情報提供先医療機関名

担当医 科 先生

平成 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話

F A X

保険薬剤師氏名 ㊞

謹啓 所沢市、所沢市医師会、所沢市薬剤師会、明治薬科大学が共同で行う「かかりつけ医、かかりつけ薬局を活用した健康推進事業」に取り組んでおりますが、今般下記の患者様において服薬指導並びに飲み残し薬の整理を実施したところ、下記の通り飲み残しがあることを確認いたしましたので報告いたします。

なお、次回処方参考としていただければ幸甚に存じます。事業趣旨を御汲み取りの上、格段のご高配をお願い申し上げます。 謹白

記

診察券番号・ID _____ (男・女) 大・昭・平 年 月 日 (歳)

医薬品名	1日量	飲残し数量	必要な日数	備考

必要な日数は、次回処方分に足していただきたい日数となります。

以上

医療機関返信欄(受信後、薬局へのご返信にご協力ください)

◆ 該当する箇所に をご記入ください。

受取りました 次回処方変更予定 処方変更しない

◆ その他連絡事項 _____

次回受診予定： 月 日