

残薬調整報告書

(報告先:藤沢市薬事センター FAX:23-5898)

薬局名 _____

報告日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者の年齢 : _____

残薬が起きた要因

<input type="checkbox"/> 飲み間違い
<input type="checkbox"/> 飲み忘れ
<input type="checkbox"/> 自己判断での服薬中止
<input type="checkbox"/> その他(自由記載)

医薬品名	規格	数量
記入例) ボグリボース錠「サワイ」	0.2mg	20

※数量は薬価単位でお願いします

※活薬バッグの利用の有無は問いません

※薬剤師の助言により患者が医師に調整を依頼した場合も含まれます