

服薬情報提供書

下記該当項目にチェックを入れてください

- ☐ 電話にて行った疑義照会の報告
- ☐ 取り決めにて（電話なし）変更した内容の報告
- ☐ 残薬調整の結果・理由の報告
- ☐ その他

処方日			
患者 ID		患者名	
診療科	科	処方医名	医師
薬局からの情報・報告			
●残薬調整の場合は①残薬が生じた理由・背景、②実施した服薬支援や改善策、③調整の結果の3項目を記載してください			
薬局名			
薬局 連絡先		薬局 担当者名	

練馬光が丘病院 薬剤室（直通）

FAX 番号 : 03-3979-3848

2018.7 作成

2022.7 第2版 2023.9 第3版 2026.7 第4版