

様式1

減 数 調 剤 報 告 書

減数調剤を行った場合は、三友堂病院薬剤部 0238-24-3732までFAX してください。

※ なお、減数調剤で処方日数を「0(ゼロ)」にすること、残薬が7日分未満にすることはできません。

報告日	年 月 日	処方年月日	年 月 日
患者ID		患者氏名	
診療科		処方医氏名	

以下の通り、残薬を確認し投薬日数を減らしましたのでご報告いたします。

薬 剤 名		変 更 前 日 数	変 更 後 日 数
処 方 薬 名	先 発 薬 名		

残薬発生の理由(複数回答可)

- 服用忘れ
 自己判断で服用しないことがあった
 入院などで中途に処方があった
 その他 (

処方医への連絡事項等(記入欄が足りない場合は別紙を使用ください) 2枚目あり

保険薬局名		薬剤師名	
電話番号		FAX番号	

三 友 堂 病 院 使 用 欄

薬剤部担当 受付日		外来受診 予約日		処方医 確認済 サイン		スキャン日	
医事課担当 確認日		外来 担当者				担当者	

減数調剤報告書 2

薬剤師から処方医への連絡事項等

ID:	患者名:
-----	------

--

保険薬局名		薬剤師名	
電話番号		FAX番号	