

おくすり整理連絡票

市立秋田総合病院 薬剤部 御中

患者名: _____

生年月日: _____

残薬持参: 本人 本人以外

管理状況: 自己管理 他者管理

	処方医療機関名
Rp ~	

【サプリメント情報】

確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 保険薬局 名称 (所在地・電話番号・FAX番号)

担当薬剤師: _____ 印

Rp	薬品名	用法・用量	持込数量	整理後の日数	術前休薬情報	連絡欄 (一包化・薬袋作成・アドヒアランス・不使用など特記事項)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

【備考】