

処方内容問い合わせ票(日数調整用)

患者情報

ID		氏名		生年月日	
----	--	----	--	------	--

問い合わせ

日時	年	月	日	AM・PM	:
----	---	---	---	-------	---

診療科	科
-----	---

医師名	先生
-----	----

薬局名	電話番号
-----	------

薬剤師名	FAX番号
------	-------

残薬調整した内容

残薬の理由(複数回答可)

飲み忘れが積み重なった 自己判断で服用中止

服用回数や服用量の間違い 症状により調節している

その他()

患者さんへの指導内容

回答

日時	年	月	日	AM・PM	:
----	---	---	---	-------	---

診療科	科
-----	---

医師名	先生
-----	----

内容

処方日数の変更を行いました

サイン