

⑤ 日数適正化、⑥ アドヒアランス向上、⑦ 口頭指示の用法、コメント追加、⑧ 明らかな用法間違い、
⑨ 残薬調節 については、本レポートを処方箋コピーとともに下段に記載している送付先へ FAX にてご
送付いただくようお願いいたします。

患 者 氏 名 :	病 院 ID :	受 診 日 :
処 方 日 :	診 療 科 :	処 方 医 :
保険薬局名 :	電話番号 :	薬剤師名 :

⑤ 日数最適化	⑥ アドヒアランス向上	⑦口頭指示の用法、コメント追加
⑧ 明らかな用法間違い	⑨ 残薬調節	—

【修正前】	【修正後】

送付先： 苫小牧市立病院 薬剤部 FAX 番号：0144-31-5100