医療法人 静和会 浅井病院 薬剤部 宛て FAX 0475(58)1406

以	下の項目を	記載して	送信して		0475 (58) 140	JJ			
日	年 月	日							
ID			者名 _		処方日	年	月 日		
				願いします ますので [。]	- 参考にして	て下さい	(۱,		
奴	<u>↓</u> 方内容・	薬剤		残数	飲	み忘れし	、やすい時点		理由
1			_						
2									
3			_						
4)									
<u> 5</u>			_						
<u></u>			_					_	
7			_						
8									
9									
10									
服	薬状況	の確認	J X						
3	薬剤の管理	理者 (本人	/ 配偶者	/ 親 /	子供	その他く		>)
⊐	ンプライア	ンス(良好	/ やや良好	/ 447	下良 /	不良)		
-	アドヒアラン	ノス(良好	/ やや良好	/ 447	下良 /	不良)		
服薬	経持の阻	害因子(副作用] / 投与	経路 / 用]法 /	治療期間)	
		(治療費	也剂 他剂	併用 / そ	·の他<			>)
そ(の他のヤ	青報							

薬局名 ______ TEL _____

担当者 _____

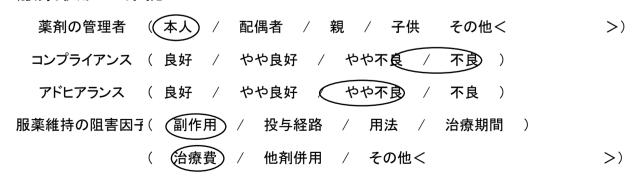
記載例

【 処方例 】 内服	パリエット錠10mg フェブリク錠20mg 一包化	1T 2T 朝食後	
		14日分	
内服	テグレトール錠100mg イーケプラ錠500mg	2T 2T 朝・夕食後	
	一包化	14日分	
屯服 —————	マイスリー錠10mg		
内服	リスパダール錠1mg ヒートで	3T 却 尼 <i>在</i> 会体 44日八	
		朝·昼·夕食後 14日分	

① 残薬報告の記入をお願いします(記入例は裏面にありますので参考にして下さい)

処方内容·薬剤 ①分包品	残数 5包	飲み忘れしやすい時点 朝1包、タ4包	理由
② マイスリー	14錠		
③Jスパダール1mg	5錠	昼	仕事で忙しい
(4)			

② 服薬状況の確認



③ その他の情報

最近は不眠時を使用しないで眠れている様子