


# 残薬調整報告書

以下のとおり残薬調整をおこないました。

保険薬局名			春日井市民病院				
薬局			薬剤部				
担当薬剤師		FAX 0568 (57) 0094					
FAX ( )		TEL 0568 (57) 0057 (代表)					
TEL ( )							
患者ID	処方箋保険者番号上部に記載		診療科				
患者名			処方医				
処方年月日	平成	年	月	日			
			調剤年月日	平成	年	月	日
今回減数調剤した内容							
<p>* 調整により節約できた薬剤費が計算できるように内容を記載してください。 薬品名、規格、メーカー名、1日量、調整日数（例：○日→△日） なお、お薬手帳用のシールなどご利用いただいてもかまいません。</p>							