

服薬情報等報告書

様式5

神奈川県警友会けいゆう病院宛 (FAX:045-221-8288) 令和 年 月 日

患者様情報		保険薬局様情報	
氏 名	様	保険薬局名	
※ 患 者 I D (登 録 番 号)		所 在 地	
診 療 科	科	電 話 番 号	
処方医師名	医師	FAX 番 号	
処方箋交付 年 月 日	令和 年 月 日	薬 剤 師 氏 名	
調 剤 日	令和 年 月 日		

※患者 ID は「処方箋患者氏名の上」に記載があります。

服薬状況(コンプライアンス)に関する情報	☐ 有 ☐ 無
併用薬剤(一般用医薬品を含む)の有無	☐ 有 ☐ 無
患者・家族からの訴え(アレルギー、副作用と思われる症状)に関する情報・考察	
その他特記すべき事項(薬剤保管状況等)	☐ 有 ☐ 無