

中嶋病院 御中

残薬調整報告書

患者情報	
処方日：	年 月 日
患者名：	
患者 ID：	
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない

次ページの処方箋のコピーに記載致しました通り残薬調整を行いましたので
ご報告致します。

報告を行った薬局
薬局名：
薬局住所：
電話番号：
担当者：

※以下へ、処方箋のコピーに変更した日数を記入して添付して下さい。