**リフィル処方服薬状況報告書**

水戸赤十字病院　薬剤部　　FAX:029-233-9178

**報告日：　　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **処方医：　　　　科　　　　　先生** | **保険薬局**  **TEL:　　　　　　FAX:**  **担当薬剤師：** |
| **患者番号：**  **患者氏名：** |

**処方せん発行日：　　　 年　 月　 日**

**調剤日：　　　　　　　 年　 月　 日**

**リフィル回数：　　　　　□ 1回目　　　□ ２回目　　　□ ３回目**

**【　服薬状況報告　】**

|  |
| --- |
| **・服用状況：　□ 良好　□ 概ね良好　□ 不良**  **・残薬：　　　□ なし　□ あり（　　　 日分）**  **・副作用：　　□ なし　□ あり**  **（症状や程度等：　　　　　　　　　　　　　　　）**  **・その他特記事項：** |

※　緊急性のある問い合わせに関しては、従来通り疑義紹介をお願いします。