

様式 2

北区国保 多剤・重複服薬支援事業

服薬支援事業報告書

処方医 様

令和 年 月 日

【患者情報】

氏名： 生年月日 昭・平 年 月 日 歳

男 · 女

住所：

電話番号 ()

【処方箋内容】

処方日： 令和 年 月 日 調剤日： 令和 年 月 日（ ）

相談日； 令和 年 月 日 次回来局予定日： 令和 年 月 日（ ）

【症状・介護等に関する情報】

【薬剤師による服薬支援内容等】

藥局名：

TEL

Fax

藥局住所：

担当薬剤師名：