

服薬情報等情報提供書（フォローアップ報告書）

千早病院薬局 御中

報告日： 年 月 日

添付資料 無 有（ 枚：この用紙を含む）

患者番号： 患者氏名： 生年月日： 年 月 日	保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号） 薬剤師名：
調剤日： 年 月 日	フォローアップ指導日： 年 月 日

	薬品名	単位数
<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> 合剤		
<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> 合剤		
<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> 合剤		
<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> 合剤		

フォローアップ依頼書による服薬情報について下記の通りご報告いたします。

<p>【報告事項】</p> <p><input type="checkbox"/>低血糖への対処</p> <p><input type="checkbox"/>sick day 時の対処</p> <p><input type="checkbox"/>手技確認</p> <p><input type="checkbox"/>用量（単位数）の確認</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
<p>【詳細内容（報告）】</p>
<p>【薬剤師としての所見・提案事項】</p>