

フォローアップ報告書

近森病院

担当科 _____ 担当医 _____ 先生

報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
保険薬局名：
TEL：
FAX：
報告薬剤師名： _____ 印

貴院より処方せんが発行されております、下記の患者様へ、電話フォローを行った際、
以下のような状況であったことをご報告いたします。

※この報告書に対し、ご返答は不要です。次回の診察等の際にご参考下さい。

患者 ID _____ 患者イニシャル (名・姓) _____ 様
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) _____ 性別 (男・女) _____

1. 前回の処方せん発行時点と比較して、体調等の変化の有無

- 特に変化はない
- 改善する方向に向かっている(_____)

2. 服薬状況について

- 指示通りに服用している
- うっかり忘れることがある (医薬品： _____)
- 意図的に服用しない時がある (医薬品： _____)

理由/頻度/対応

- はっきり確認できなかった

薬剤師からのコメント