令和　　年　　月　　日

秋田大学医学部附属病院
医事課診療支援担当　御中
（FAX. 018-884-6560）

診療科

医師名　　先生

保険薬局

薬剤師名　　印

残　薬　調　整　報　告　書

令和　　年　　月　　日の処方について下記のように残薬調整を行いましたので報告いたします。

患者ＩＤ　　患者名

処方医薬品名	残薬調整内容
例.①ロブ錠60mg	30日分→15日分へ変更
例.②レバミピド錠100mg	30日分→残薬過剰にて調剤を行わず