**退院時のお薬について**

xxxx/xx/xx

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ○○　○○　　　様○○科 | （　xxxxxxxx　）○階○病棟 | 退院日　：xxxx/xx/xx薬剤師名：×× ××医師名　：◆◆ ◆◆ |

|  |
| --- |
| **退院時にお持ち帰りになるお薬と内容** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **お薬の変更点とその理由** |
|  |

|  |
| --- |
| **独立行政法人　地域医療機能推進機構　九州病院　xxx-xxx-xxxx**〒806-8501　福岡県北九州市八幡西区岸の浦1丁目8-1 |

**退院時のお薬について**

xxxx/xx/xx

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ○○　○○　　　様○○科 | （　xxxxxxxx　）○階○病棟 | 退院日　：xxxx/xx/xx薬剤師名：×× ××医師名　：◆◆ ◆◆ |

|  |  |
| --- | --- |
| **退院後の服薬上の注意点** | 🞎 **別紙参照** |
| **アレルギーの有無** | 🞎 **有**🞎 **無** |
| **薬剤副作用の経験の有無** | 🞎 **有**🞎 **無** |
| **調剤上の工夫** |
| **その他（特記すべき事項）** |

|  |
| --- |
| **独立行政法人　地域医療機能推進機構　九州病院　xxx-xxx-xxxx**〒806-8501　福岡県北九州市八幡西区岸の浦1丁目8-1 |