

## RevMate 薬剤廃棄連絡書

連絡日	年 月 日	RevMate の患者ID	8	1	0	0									
廃棄日	年 月 日														
廃棄薬剤	薬剤名: _____ 製造販売業者名: _____ _____ mg × _____ カプセル														
廃棄理由	該当する項目 <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします <input type="checkbox"/> 調剤前の薬剤を廃棄する <input type="checkbox"/> RevMate 未登録施設で薬剤を廃棄する <input type="checkbox"/> 医療関係者による薬剤落下等で、調剤後の薬剤を廃棄する(廃棄分の薬剤を在庫から補填) <input type="checkbox"/> その他(下記の詳細欄に理由をご記載下さい)														
廃棄理由の詳細															

※治療終了などで患者さんから返却された薬剤がある場合には返却薬剤報告書(様式 24)をタブレット端末または FAX で送信してください。送信後、RevMate センターから返却薬剤受領書(様式 25)が返信されます。

施設名	
担当薬剤師名	
連絡先	TEL: _____
備考	