

RevMate返却薬剤報告書

枠線から出ないように記入してください。

チェックボックスは該当する に を記入してください。

ブリistol マイヤーズ スクイブ

RevMate の患者ID	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>																				
患者さんの 生年月日	大正	昭和	平成	西暦	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	年	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	月	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	日											
返却日	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	年	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	月	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	日															
返却薬剤	<input type="checkbox"/> ポマリスト <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <tr><td>1剤目規格</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4mg</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3mg</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2mg</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1mg</td></tr> </table> × <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> 1剤目カプセル数 カプセル : <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <tr><td>2剤目規格</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4mg</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3mg</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2mg</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1mg</td></tr> </table> × <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> 2剤目カプセル数 カプセル											1剤目規格	<input type="checkbox"/> 4mg	<input type="checkbox"/> 3mg	<input type="checkbox"/> 2mg	<input type="checkbox"/> 1mg	2剤目規格	<input type="checkbox"/> 4mg	<input type="checkbox"/> 3mg	<input type="checkbox"/> 2mg	<input type="checkbox"/> 1mg
1剤目規格																					
<input type="checkbox"/> 4mg																					
<input type="checkbox"/> 3mg																					
<input type="checkbox"/> 2mg																					
<input type="checkbox"/> 1mg																					
2剤目規格																					
<input type="checkbox"/> 4mg																					
<input type="checkbox"/> 3mg																					
<input type="checkbox"/> 2mg																					
<input type="checkbox"/> 1mg																					
レブメイトカードの返却	<input type="checkbox"/> レブメイトカードが返却されたので廃棄します <input type="checkbox"/> ここに○が記入された場合、当該患者IDを無効化します。以後、当該患者IDでのRevMateの利用ができなくなります。ご注意ください。																				

薬局 ID	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	医療 機関名				
担当 薬剤師名			連絡先 TEL	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	- <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	- <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>

返却薬剤をご報告いただいた場合、返却薬剤受領書を返送しますので、患者さんにお渡しください。