No.	処　方	No.	処　方	No.	処　方

Ⓐ

医療機関名（科名）		1		2		3	
4		5		6		7	
8		9		10		11	

併用薬

Ⓑ

薬歴記載事項（①服薬状況　②体調の変化　③副作用　④他科受診　⑤併用薬　⑥相互作用飲食物　⑦合併症　⑧残薬確認）

年	処方日	調剤日	病院No.	処方医師名	処方No. × 投与量	一部負担	手帳	管理・指導事項 S＝患者情報・上記確認事項　O＝処方歴・今回の処方内容・薬剤情報 A＝問題点の考察・評価　P＝患者指導・今後の注意点　G＝疑義照会