

麻薬(内服薬・外用薬) 返却理由書			確認看護師
年 月 日			確認薬剤師
病棟	患者ID	患者氏名	
E W			
薬剤名			
規格		数量	
<input type="checkbox"/> 他剤変更のため <input type="checkbox"/> 服用中止のため <input type="checkbox"/> 投与(外用)中止のため <input type="checkbox"/> 投与量変更のため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 退院のため <input type="checkbox"/> 院外より持ち込み <input type="checkbox"/> 内服困難のため <input type="checkbox"/> 落下不潔にしたため <input type="checkbox"/> その他()			

麻薬(内服薬・外用薬) 返却理由書			確認看護師
年 月 日			確認薬剤師
病棟	患者ID	患者氏名	
E W			
薬剤名			
規格		数量	
<input type="checkbox"/> 他剤変更のため <input type="checkbox"/> 服用中止のため <input type="checkbox"/> 投与(外用)中止のため <input type="checkbox"/> 投与量変更のため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 退院のため <input type="checkbox"/> 院外より持ち込み <input type="checkbox"/> 内服困難のため <input type="checkbox"/> 落下不潔にしたため <input type="checkbox"/> その他()			