

第5号様式

名古屋市薬局DOTS事業実施報告書

支援対象者氏名 _____ 様

(_____ 年 月実施分)

(支援薬局名: _____)

回数	月/日	自覚症状・副作用等	使用薬剤						服薬確認			備考	署名
			INH	RFP	EB	PZA			空袋	残薬	手帳	受診状況・指導内容・関係機関の連絡等	
1	/											(次回来局予定日: /)	
2	/											(次回来局予定日: /)	