



残薬調整に係る服薬情報提供書

《注意》このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

処方箋交付日： 年 月 日 報告日： 年 月 日

担当医 科 先生御机下	保険薬局名称・所在地(000)
患者ID(10桁)： 患者名：	電話番号： FAX番号： 担当薬剤師：
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが治療上重要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、残薬を確認し日数調整をしましたのでご報告いたします。
ご高配賜りますようお願い申し上げます。

調剤日： 年 月 日					
残薬調整した内容	Rp.	薬剤名	変更前		変更後
				(×削除)	
				(×数増)	
				(○数減)	
残薬の理由(複数回答可) <input type="checkbox"/> 飲み忘れが重なった <input type="checkbox"/> 自分で服用するのをやめた <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 用法用量が間違っていた <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他 [上記選択肢の詳細]					
薬剤師より提案事項					

《注意事項》これは残薬調整専用報告書です。他に情報提供書(トレーシングレポート)や疑義照会の様式があります。

返信： <input type="checkbox"/> 残薬調整に係る報告書を受付しました。	担当薬剤師：
【薬剤科記入】 <input type="checkbox"/> 内容確認 印 <input type="checkbox"/> () 印	
【医師記入】 <input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました	医師サイン： _____