



FAX 大網病院薬剤科 0475-70-2515(8:30~16:30)、0475-73-2520(16:30~17:15)

【重要】このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は、通常通りお願いします。

大網病院 御中

報告日: _____

残薬調整報告書

診療科 _____

科 _____

医師名 _____

先生 御机下

処方日:		保険薬局名:	
患者ID:		所在地:	
患者氏名:			
患者からの同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	電話番号:	
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、 治療上重要と考えられるため報告いたします。		FAX番号:	
		担当薬剤師:	(印)

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、残薬調整を行い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。

残薬調整した内容(※:理由と対応を記入してください)

薬剤名	調整日数	残薬数	理由(下記より番号記入)
<input type="checkbox"/> 次項に処方箋をFAXいたします。			

※残薬が生じた理由

- ① 飲み忘れが積み重なった ② 飲む量や回数を間違った ③ 新たに別の薬が処方された。
- ④ 自己判断で飲むのをやめた。(理由: _____)
- ⑤ 同じ医薬品が処方されていた。(病院名: _____)
- ⑥ その他(_____)

※残薬を回避するための対応(複数回答可)

- 適切な服薬に向け、意義や重要性について指導しました。
- 適切な服薬に向け、患者さんと一緒に対応策を考えました。
- その他(_____)

患者への指導内容・薬剤師としての提案事項(必ず記載してください)