

総合病院 厚生中央病院 御中

報告日: 年 月 日

① **残薬調整にかかる服薬情報提供書(トレーシングレポート)** 送付枚数: 計 枚

担当医・主治医・処方医 科 医師 宛て	保険薬局(名称)
厚生中央加付番号:	住所:
患者名:	電話番号: ハイフンなし FAX番号:
	担当薬剤師: 様
本情報を伝えることについて、当該患者もしくは家族等の同意の有無(同意の取得を原則としてください) <input type="checkbox"/> 同意を得た(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族等()) <input type="checkbox"/> 同意を得ていない <input type="checkbox"/> 担当薬剤師の判断により報告(理由:)	

以下のとおり、残薬を確認し、日数調整を行いました。

処方箋発行日: 年 月 日	
残薬調整した薬剤 (例)●●●錠3錠 分3 毎食後 21日分 → 19日分 理由(下記理由欄番号または詳記)	
1: →	
2: →	
3: →	
4: →	
5: →	
理由	①服薬忘れが重なったため ④別の医療機関で同成分・同効薬が処方されたため ②自己判断で飲んでいないことがあるため ⑤服薬拒否をしているため ③服薬量や用法を間違えていたため ⑥その他()
備考	
保険薬剤師としてのご提案事項	

【おねがい】当院では患者の手持ち薬剤を保険薬剤師がご確認、ご判断いただいたうえで、処方日数よりも減数が可能な場合において行っていただいております。緊急性があるもの、不足については疑義照会でご対応してください。

厚生中央病院 薬剤部 記載欄

受領・確認日: 20 年 月 日	対応日: <input type="checkbox"/> 左記同日 · 月 日	対応者
<input type="checkbox"/> 本件についてカルテ記載をした <input type="checkbox"/> 処方医に口頭伝達した <input type="checkbox"/> 確認しました	<input type="checkbox"/> 病状の評価により悪化時は受診勧奨を願います <input type="checkbox"/>	
その他: <input type="checkbox"/> 次回は疑義照会にてご対応ください。 <input type="checkbox"/> 添付資料あり <input type="checkbox"/> 本書は新しい様式に更新していますので次回は新しい様式でご記入ください。		

保険薬局FAX番号確認: HP 電話連絡 登録薬局