FAX　:　野田病院薬剤科04-7129-3911

保険薬局 → 薬剤科 → 主治医

医療法人社団真療会野田病院薬剤科　行 報告日：　　　　年　　月　　日

残薬調整に係る服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科先生　 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：患者名： | 電話番号：  |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　印 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　□ 得た。　　□ 得ていない。□ 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ますので報告します。 |

下記の通り、残薬を確認し日数調整を行ったので報告いたします。

|  |
| --- |
| 処方日： |
| 残薬調整した内容 |
| 残薬の理由（複数回答可）* 服用タイミングと生活リズムの不一致による飲み忘れ　□ 種類や量が多いため
* 服用をやめても問題がないと自己判断したため　　　　□ 処方日数と受診日の間隔のずれ
* 服用方法を誤っていたため　　　　　　　　　　　　　□ 外出時、薬を持参するのを忘れたため
* 他科もしくは別の医療機関で同じ薬が処方されたため（重複処方）
* その他
 |
| 対策* 適切な服薬に向けて意義や重要性について説明　□ 調剤内容を一部変更（一包化・剤形変更など）
* その他
 |
| 薬剤師としての提案事項 |

＜注意＞

・FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

・処方削除の場合には、必ず疑義照会を行ってください。