FAX：浜松医科大学病院薬剤部　053-435-2153　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局→病院薬剤部→処方医→病院薬剤部→保険薬局

残薬調整に係る服薬情報提供書

報告日：　　　　年　　月　　日

浜松医科大学病院　　　　　　　科　　　　　　先生御侍史

保険薬局名・住所・電話・FAX・薬剤師名

患者ID：

患者名：

処方日：

* 事前合意プロトコルに基づく対応に関する報告

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。

|  |
| --- |
| 残薬調整した内容（処方箋のコピーなどを別途添付でも可）※ |
| 残薬の理由（複数回答可）   * 飲み忘れが重なった（理由：　　　　　　　　）　　□ 飲む量や回数を間違えていた * 自分で判断し飲むのをやめた（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * 別の医療機関で同じ医薬品が処方された　　　　　　□ 新たに別の医薬品が処方された（内容： 　　　　　　　　　）   □ その他 |
| 薬剤師として残薬を回避するための対応と医師への提案   * 適切な服薬に向けて、意義や重要性について指導しました * 適切な服薬に向けて、患者さんと一緒に対応策を考えました（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * 次回より一包化指示をお願い致します   □ その他 |

|  |
| --- |
| 医師からの返信欄   * 報告内容を確認させていただきました。今後とも宜しくお願い致します。 * 次回診察時に処方を調節させていただきます。 * 下記のとおり対応させていただきます。 |

※「残薬状況を情報提供のみ」の時は確認内容をご記入ください。

＜注意＞本様式による情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会の場合、別途手続きをお願い致します。