

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。

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。