

残薬調整に係る服薬情報提供書

《注意》このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

| | |
|--|---------------------------|
| 処方箋交付日： 年 月 日 | 報告日： 年 月 日 |
| 担当医 科 先生御机下 | 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： |
| <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに関して患者の同意を得ています。 | |
| <input type="checkbox"/> 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。

【残薬調整した内容】

【残薬の理由】（複数回答可）

- 飲み忘れが重なった 自分で服用するのをやめた
新たに別の薬が処方された 飲み方を間違えた
別の医療機関で同じ薬が処方された その他

薬剤師からの伝達事項：

《注意事項》これは残薬調整専用報告書です。他に疑義照会の様式があります。

返信： 残薬調整に関わる報告書を受付しました。担当薬剤師：

【処方箋のコピーを添付してください】