



トレーシングレポート【残薬に関する服薬情報提供書】

処方医： _____ 科 _____ 先生 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ID： _____ (生年月日： _____)		保険薬局 名称・住所	
患者名： _____			
患者又は代諾者 からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄： _____	TEL： _____	FAX： _____
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、 治療上重要と考えられるため報告いたします。		担当薬剤師： _____	印

薬剤師からの情報提供・提案内容 (次頁に処方箋を FAX いたします ※疑義照会済の場合は不要)

外来疑義照会のプロトコールに基づき、以下のように薬を調整し調剤しました。(疑義照会済)

以下の理由で残薬が生じていることが分かりました。次回受診の際に調整をお願いします。

【残薬が生じた理由】(※複数選択可)

<input type="checkbox"/> 服用忘れが積み重なった	<input type="checkbox"/> 服用量や服用回数を間違えていた
<input type="checkbox"/> 服用時間と生活リズムの不一致	<input type="checkbox"/> 種類や量が多いため
<input type="checkbox"/> 他院・他科で同じ薬が処方された	<input type="checkbox"/> 外出・仕事で服用できなかった
<input type="checkbox"/> 自己判断で薬を中断または調整していた	

(理由： _____)

その他 _____)

【残薬を回避するための対応】(※必須)

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。

その他 _____)

医師からの回答 (任意でお願いします)

(_____)

《注意》 この FAX による伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。