FAX:六甲病院(地域連携室)　078－851－8656

保険薬局 → 薬剤科 → 処方医

六甲病院　御中　　報告日：　　年　　月　　日

# 残薬に関する服薬情報提供書（トレーシングレポート）

| | |
|---|---|
| 担当医　　科<br>先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者 ID：<br>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。<br>□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、ご報告いたします。

**薬剤師所見（残薬調製した内容等）：**

□減数調剤を行った

処方箋交付日：　　年　　月　　日

**残薬の理由（複数回答可）：**

□飲み忘れが積み重なった　□飲む量や回数を間違っていた　□自己判断で服薬を中止した

□自己調節している（下剤・睡眠導入剤・その他　　）

□新たに別の医薬品が処方された　□別に同じ医薬品が処方された　□服薬の重要性の認識不足

□（朝・昼・夕）が飲めない　□薬が多すぎる　□剤型があわない

□副作用･･･別に一般の服薬情報提供書で詳細をご報告下さい。

薬剤師としての対応：

医師への提案／依頼事項：

〈注意〉

・これは疑義照会ではありません。疑義照会は直接電話にてお願いします。