保険薬局 →　院内薬局　→　各診療科 → 主治医

報告日：平成　　　年　　月　　日

男鹿みなと市民病院　薬剤科　御中

残薬調整に係る服薬情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 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。  □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 |
| 残薬の理由（複数回答可）  □　飲み忘れが積み重なった　　　　　□　自分で判断し飲むのをやめた  □　飲む量や回数を間違っていた　　　□　自己調節をしていた  その他の事項または、詳細 |
| 薬剤師としての提案事項 |

＜注意＞

・この用紙による情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

・残薬調整をした際には、必ずこの残薬調整に係る服薬情報提供書をＦＡＸまたは郵送にて、当院薬剤科まで提出してください。

・お薬手帳には残薬調整した旨の記載をお願いします。

〒010-0511

秋田県男鹿市船川港船川字海岸通り1号8番地6

FAX番号：0185(23)2033

男鹿みなと市民病院　薬剤科　宛