



仙台市立病院 御中

報告日： 年 月 日

残薬調整に係る服薬情報提供書（トレーシングレポート）

| | |
|---|-------------|
| 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 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <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。
ご高配賜りますようお願い申し上げます。

| |
|---|
| 処方日 : |
| 残薬調整した内容 |
| 残薬の理由（複数回答可） <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他 上記選択肢の詳細 () |
| 薬剤師としての提案事項 |

<注意> FAX 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。