保険薬局 → 薬剤科 → 医事課 → 主治医

FAX:仙台市立病院薬剤科022-308-9923

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　□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。

|  |
| --- |
| 処方日： |
| 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　　　　□新たに別の医薬品が処方された  □飲む量や回数を間違っていた　　□別の医療機関で同じ医薬品が処方された　　　□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。

**・残薬調整は日数（最低日数1日分まで）の短縮のみ可、残薬調整のための処方削除や用法の変更は不可です。**