



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
<p>残薬の理由（複数回答可）</p> <p><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</p> <p><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</p> <p>上記選択肢の詳細</p> <p>( )</p>
薬剤師としての提案事項

## &lt;注意&gt;

- ・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。
- ・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。