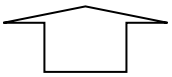

注意:この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせや疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

調剤薬局→薬剤部→処方医

FAX 番号:□ 中頭総合ちばなクリニック 098-939-7931　□ 中頭病院 098-934-6050

残薬調整に係る服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医師　　科　　先生 御机下　　報告日:　年　月　日

患者名:　（男・女） 生年月日: ID: 処方箋 No.:	保険調剤薬局 名称・所在地 電話番号: FAX 番号: 担当薬剤師:　印
この情報を伝えることに対しての同意 (要チェック) □ 得た　□ 得ていない □ 患者様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致します。	

下記の通り、残薬を確認し日数調整をいたしましたのでご報告致します。
ご高配賜りますよう御願い申し上げます。

残薬調整した内容　（処方せん発行年月日:　年　月　日）

残薬の理由(複数回答可)
□飲み忘れが積み重なった　□飲む回数を間違えていた
□自分で判断し飲むのをやめた(自己中断理由:　)
□同じ医薬品が処方されていた　□処方日数が服用日数より多かった
□その他(　)

薬剤師として残薬を回避するため対応と処方医師への提案事項
□適切な服用に向けての説明を行った
□その他(　)