

調剤薬局→神戸市立医療センター西市民病院 薬剤部 (FAX:078-576-5405)

残薬に関する服薬状況提供書

患者ID		保険薬局名称	
		所在地・電話番号・FAX番号	
照会	有・無		
照会日	年 月 日		
		保険薬剤師名	印

残薬調整後の処方箋を置いて下さい。
※患者名・処方科・処方医名なども分かるようにお願いします。

残薬が生じた理由(複数選択可)

- 飲み忘れが積み重なった 別の医療機関で同じ医薬品が処方された
- 飲む回数や量が間違っていた 新たに別の医薬品が処方された
- 自分で判断し飲むのを止めた(理由: _____)
- その他(理由: _____)

残薬を回避するための対応

- 適切な服薬にむけて、意義や重要性について指導しました。
- 調剤内容を一部変更しました。(一包化、剤形変更など)
- その他(_____)

★残薬を回避するための医師への提案

- (変更 or 中止)を提案します。
→理由・提案内容(_____)
- その他(_____)

〈注意〉このFAXによる情報伝達は**疑義照会では有りません。**