兵庫県立淡路医療センター 薬剤部

FAX の流れ：保険薬局→薬剤部→処方医

FAX：0799-24-7332

報告日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日

残薬調整に関する服薬情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　科 | 保険薬局 名称・所在地        電話番号：  FAX番号： |
| 先生 御机下 |
| 患者ID： |
| 患者名： |
| 患者生年月日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 処方箋交付日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 調剤日：　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 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します。 | |

●処方せん薬剤の服薬状況（コンプライアンス）に関する情報

残薬調整のため、下記の通り処方日数を変更いたしました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医薬品名 | 処方日数（変更前） | ➡ | 処方日数（変更後） |
|  |  | ➡ |  |
|  |  | ➡ |  |
|  |  | ➡ |  |
|  |  | ➡ |  |
|  |  | ➡ |  |
|  |  | ➡ |  |
| ＜日数変更の理由＞  □服用忘れ　　　□自己調整　　　□入院による服用中断　　　□処方重複  □その他 | | | |
| ＜備考＞ | | | |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病院記入欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |
| --- |
| □内容を確認し、処方医に報告しました。  □その他  記入日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日 記入者： |