

報告日： 年 月 日

FAX送信先： 京都第二赤十字病院 薬剤部 FAX番号： 075 - 212 - 6113

## 残薬調整報告書

処方箋発行日 年 月 日	保険薬局 名称・所在地
処方医 科 先生	
患者ID :	電話番号 :
患者氏名 :	FAX番号 :
生年月日 : 年 月 日	薬剤師名 :

### 残薬調整内容、残薬発生理由、患者への説明内容等

#### 残薬の調整内容

#### 残薬が生じた理由（複数選択可）

- 飲むのを忘れた（理由： \_\_\_\_\_）
- 飲む量を間違えた
- 飲む回数を間違えた
- 新たに別の薬が処方された
- 他科/別の医療機関で同じ若しくは類似の薬が処方された（重複処方）
- 自己判断で中止した（理由： \_\_\_\_\_）
- 医師の指示により自己調節した
- その他（具体的に記載）

#### 残薬を回避するための対応

- 適切な服薬に向け、意義や重要性について指導しました
- 処方変更についての提案
- その他

この情報提供書は疑義照会ではありません。緊急性のある場合は、処方医と直接ご相談ください。