書式２

**公益財団法人丹後中央病院 薬剤科** ＦＡＸ：０７７２－６２－７７４６

保険薬局 → 薬剤科 → 診療録

公益財団法人 丹後中央病院　　宛

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：  処方日： | 電話番号：  FAX番号：  担当薬剤師名： |
| 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いたします。 | |

下記の通り、残薬を確認し日数調整を行い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

|  |
| --- |
| 残薬調整した内容※ |
| 残薬の理由（複数回答可）  □飲み忘れが重なった　□自分で判断し、服用を中止した　□新たに別の医薬品が処方された  □飲む量や回数を間違っていた　□別の医療機関で同じ医薬品が処方された　　　　 □その他  上記選択肢の詳細 |
| 薬剤師としての提案事項 |