|  |
| --- |
| ＜注意＞　このFAXによる情報提供は、**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、各科外来診療受付へ電話後、処方医の返答をご確認下さい。 |

JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院薬剤部

FAX番号059-384-1011

【提供の流れ】

保険薬局 → 病院薬剤部 → 薬剤部DI担当者→

処方医→薬剤部DI担当者→保険薬局

別記様式2

残薬調整等に関する服薬情報等提供書（トレーシングレポート）

　　　年　　月　　日

JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院

　　　　担当医　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生　御机下

|  |
| --- |
| この情報を伝えることに対して患者の同意：□得ています　□得ていません（いずれかにチェック） |
| 【患　者】氏　　名　　　　　　　　　　　（男・女）（ID　　　　　　　　　　　　　　　　　）生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　　　　歳）職業　　　　　　　　　住　　所電話番号 | 【情報提供元保険薬局】合意書締結番号　　　　　　　名　称所在地電　話ＦＡＸ保険薬剤師氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しましたが、残薬調整について

　下記のとおり、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋発行日　　　　　年　　月　　日 | 調剤日　　　　　年　　月　　日（　□発行日に同じ　） |
| 処方箋への指示：□保険医療機関へ情報提供　□特別な指示なし |
| ※残薬が生じた理由（複数選択可）⇒薬剤師からの情報提供等に理由を記載すること |
| 　□飲み忘れが重なった　　　　　　　□新たに別の医薬品が処方された　□服用量や回数を間違っていた　□同じ医薬品が処方されていた　　　□自分の判断で服用中止（理由：　　　　　　　　　　　　　　　）　□処方日数が服用日数より多かった　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※残薬を回避するための対応（必ず選択）⇒薬剤師からの情報提供等に対応を記載すること |
| 　□適切な服薬に向けて意義や重要性について指導しました。引き続き、残薬に留意します。　□残薬回避のために、調剤内容の一部変更を提案します（※提案内容は｢医師への提案｣に記載）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師からの情報提供等（上欄の「※理由」と「※対応」を必ず記載） |
| 薬剤師から見た本情報提供の必要性（処方箋に保険医療機関への情報提供の記載がない場合のみ記載）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□処方箋の写しを添付いたします。 |
| 医師への提案 |

［記載上の注意］　必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。

|  |
| --- |
| 回答（処方）医師　返信欄 |
| 上記提供内容を確認しました。対応は、以下のチェック項目のとおりです。　□ 次回から提案どおりの内容に変更します。　□ 内容について考慮しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。　□ 内容について考慮し、以下のとおり対応します。 |
| 対応内容： |
| 回答日：　　　　　年　　　月　　　日 | 回答医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |
| 返信日：　　　　　年　　　月　　　日 | 返信薬剤師名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |