

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。