

**<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

## 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）

<b>【患者】</b> 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 _____	<b>【情報提供元保険薬局】</b> 合意書締結番号 _____ 名 称 _____ 所在地 _____ 電 話 _____ F A X _____ 保険薬剤師氏名 _____ (印)
---	---

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 ( <input type="checkbox"/> 発行日に同じ )
処方箋への指示： <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供 <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 飲み忘れが重なった <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 服用量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 同じ医薬品が処方されていた <input type="checkbox"/> 自分の判断で服用中止（理由： _____） <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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）	
<input type="checkbox"/> 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。	
<input type="checkbox"/> 次回から提案どおりの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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： (印)
返信日： 年 月 日	返信薬剤師名 (印)