|  |
| --- |
| **FAX：横浜南共済病院（薬剤科）　　０４５-７８０-３３０７****保険薬局　→　薬剤科　→　処方医****【重要】　このFAXによる情報伝達は、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、通常通り処方医へ直接電話にてお願い致します。****横浜南共済病院　薬剤科　宛 報告日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日**1. **：残薬調整に係る服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

**【注意】「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」の合意書締結保険薬局のみ使用可****登録コード：金沢区薬剤師会提供のサイボウズIDを記載してください** |
|  | **処方医** | **保険薬局　（サイボウズID：　　　　　　　　）** |
|  |  | **科** | **名称** |
|  |  | **先生 　御机下** | **所在地** |
|  |  |  |  |
|  | **患者 I D** |  | **電話番号** |
|  | **患者氏名** | **様** | **FAX番号** |
|  | **処方箋交付日** | **年　　　　月　　　　日** | **担当薬剤師**  |
|  |
|  | この情報を処方医へ伝えることに対して患者の同意を　　[ ] 得た。　　[ ] 得ていない。 |
|  | [ ]  患者は処方医への報告に同意していませんが、治療上重要だと思われますので報告致します。 |
| **「院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコル」に基づき残薬を確認し、****日数調整を行いましたので報告致します。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（※：理由と対応を記入してください。）　　　　　　　　　　　　　　　　　理由（下記より番号記入）** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **※残薬が生じた理由****①** 飲み忘れが積み重なった。　**②** 飲む量や回数を間違っていた。　**③** 新たに別の薬が処方された。**④** 自己判断で飲むのをやめた。　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**⑤** その他　（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**※残薬を回避するための対応（複数回答可）**[ ]  適切な服薬に向け、意義や重要性について指導しました。[ ]  適切な服薬に向け、患者さんと一緒に対応策を考えました。[ ]  疑義照会簡素化プロトコルに基づき、調剤内容を一部変更しました。(例：一包化、規格変更、剤形変更など）[ ]  その他　（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  | **薬剤師からの提案事項** |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

横浜市金沢区地域薬事連携協議会