

＜注意＞ この FAX による情報提供は、疑義照会ではありません。
残薬調整した処方箋コピーを付けて FAX してください。

FAX 番号 0164-43-1640



残薬調整等に関する服薬情報等提供書

報告日 年 月 日

留萌市立病院

担当医 科 先生 御机下

この情報を伝えることに對して患者の同意： ☐得ています ☐得ていません（いずれかにチェック） ☐患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	
【患 者】 患者 ID () 氏 名 (男・女) 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	【情報提供元保険薬局】 名 称 所在地 電 話 F A X 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）
処方箋指示： ☐ 残薬調整後の報告可 ☐ 保険医療機関に疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供							
※残薬が生じた理由（複数選択可）							
☐ 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（							
薬剤師としての医師へ提案事項							

医師からの返信はございませんので、ご了承ください。

処方箋コピー添付様式

この部分に処方箋コピー
を添付してください。