



長野市民病院 御中

報告日： 年 月 日

残薬調整報告書

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者番号 ^{※1} ： 患者名：	電話番号：
	FAX 番号：
	担当薬剤師名： 印

※1 処方箋の氏名欄に記載の患者番号を記載

下記の通り、残薬を確認し日数調整をしましたのでご報告いたします。
ご高配賜りますようお願い申し上げます。

処方日：
残薬調整した内容 ^{※2} (記載例) Rp. 1 ○○○○○錠△mg □□日分 → ××日分
残薬の理由 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他 上記選択肢の詳細 ()

※ 2 変更後の調剤日数を必ず記載

<注意>

- ・本書式は、処方箋の備考欄に「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」にチェックが入っている場合に使用する書式となります。チェックが入っていない場合や、その他の内容をトレーシングレポートとして当院へ情報提供する際には使用しないで下さい。