



諏訪中央病院 御中

報告日： 年 月 日

残薬調整に係る服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID : 患者名 : (仁シヤルまたは穴あき氏名)	電話番号 :
	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

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。

残薬調整した内容
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 上記の選択肢の詳細 []
薬剤師としての提案事項

<注意>

処方日数を0日分として当該薬剤を処方から削除する場合は、トレーシングレポートでご報告下さい。
ただし、すべての処方薬が不要で処方削除になる場合は、必ず疑義照会をお願いします。

2022.06.28 改訂
諏訪中央病院 薬剤部

薬剤部	医事課

※この欄は諏訪中央病院で使用します