

服薬情報提供書「残薬調整・減薬提案」

診療科	科	担当医	医師	処方日	月 日()
-----	---	-----	----	-----	--------

横須賀共済病院 薬剤科 宛

いつもお世話になっております、このたび下記患者様の服薬状況に関する情報提供をさせていただきます。

患者 ID	《担当薬剤師からの提案事項》
患者氏名	

[残薬調整に関する詳細]

※処方箋に「日数調整可」の記載がある場合、もしくは「プロトコル締結薬局」に限って使用
麻薬、抗悪性腫瘍剤、処方の削除(0日として削除)に関する残薬調整は対象外です。

- ・薬品名 (_____ , _____ 日分 → _____ 日分)
- ・薬品名 (_____ , _____ 日分 → _____ 日分)
- ・薬品名 (_____ , _____ 日分 → _____ 日分)
- ・薬品名 (_____ , _____ 日分 → _____ 日分)
- ・薬品名 (_____ , _____ 日分 → _____ 日分)
- ・薬品名 (_____ , _____ 日分 → _____ 日分)
- ・薬品名 (_____ , _____ 日分 → _____ 日分)
- ・薬品名 (_____ , _____ 日分 → _____ 日分)
- ・薬品名 (_____ , _____ 日分 → _____ 日分)

・残薬が生じた理由(複数選択可能)

- 飲み忘れが積み重なった 新たに別の医薬品が処方された 飲む量や回数を間違っていた
 同じ医薬品が処方されていた 自分で判断し飲むのをやめた(理由: _____)
 処方日数が服用日数より多かった 外出・仕事で飲めなかった
 その他(_____)

・残薬を回避するための対応(必ず選択してください)

- 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。
 その他(_____)

・以上より次回診察時、以下についてご検討ください。

- 薬品名: _____ を(_____)することを提案致します。
 備考(薬効重複、効果不十分、副作用発現、コンプライアンス不良、症状改善、患者希望)
 その他(_____)

〈注意〉 緊急性のある場合は直接電話での疑義照会をお願いします、本書は疑義照会ではありません。

指導日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 薬局(TEL: _____)
薬剤師(_____)

頂いた報告書は原則「保険薬剤師 → 病院薬剤師 → 処方医」として運用いたします。

初版 2023 年 第一改訂 2024 年