FAX：KKR札幌医療センター薬剤科011-832-3257

保険薬局→薬剤科→主治医→スキャンセンター

|  |
| --- |
| ＜注意＞このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常の様式を用いてお願い致します。 |

KKR札幌医療センター　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： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| この情報を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ます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。

|  |
| --- |
| 処方日： |
| 残薬調整した内容※ |
| 残薬の理由(複数回答可)　　[ ] 飲み忘れが積み重なった　　[ ] 飲む量や回数を間違っていた　　[ ] その他　　　　上記選択肢の詳細　　　 |
| 調剤薬局薬剤師としての提案事項　　　[ ] あり(提案事項の記載をしてください)　　　 [ ] なし |

〈注意〉

FAXはできる限り当日中にお願いします。

FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

本書式は数日分の残薬調整用です。自己調整や、調整日数が多い場合は通常の疑義照会手順に従ってください。

2022年5月作成　KKR札幌医療センター薬剤科