

【埼玉慈恵病院】残薬調整（減数調剤）に関する情報提供書

送信先 FAX：048-521-4595

【宛先】

【送信元】

診療科： 内科

薬局名： □□□薬局

処方医： ○○○ ○○○○ 先生

電話番号：048-XXX-XXXX

【処方せん・患者情報】

処方箋発行日： 20XX 年 XX 月 XX 日

処方せん欄外右上、医師名下の数字となります。

患者 ID： 9999999 (処方せん右上欄外)

患者氏名： 慈恵 太郎

1. 交付数量及び残薬の状況

全ての内服薬といった記載でも問題ありません

医薬品名称・用法用量・日数	残薬の状況	実際の交付日数(内服)/ 交付数量(外用・注射)
アムロジピン錠 5mg 2T/2x 朝夕食後 35 日	10 日分	25 日
ヒルドイドソフト軟膏 0.3% 1 日 2 回塗布 75g	25g	50g
ノボラビッド注 フレックスペン 300 単位 朝昼夕 4 単位 2 キット	1 キット	1 キット

正確な数量でなくてもかまいませんが、可能な限り聴取をお願いします。

2. 残薬が生じている理由 (該当する全てにチェック)

該当項目全てをチェックをお願いします。
・患者の自己判断による休薬・減量
・服薬管理困難
については理由の箇所までチェックをお願いします。

- 飲み忘れ
- 服用方法・用法の理解不足
- 副作用・有害事象の発現 (具体的： _____)
- 患者の自己判断による休薬・減量
→理由： 副作用の懸念 自覚
- 服薬管理困難
→理由： ポリファーマシー 認知機能低下 服薬手技困難(吸入等)
 服薬管理者の不在 その他 (_____)
- 受診間隔と処方日のずれ (早期受診による余剰など)
- その他 (_____)

行数不足する場合はお手数ですが、複数枚でご報告をお願いします。

3. 患者への説明/指導内容及び特記事項

患者への指導内容や、医師への申し送りなど、記載をお願いします。

-----以下 埼玉慈恵病院使用欄-----

以降は病院にて使用する項目となりますので、記載しないようにお願い致します。

医事変更	変更確認	処方変更	受付