

報告日： 年 月 日

【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： _____ 科 薬局名： _____

処方医： _____ 先生 電話番号： _____

【処方せん・患者情報】

処方箋発行日： _____ 年 月 日

患者 ID： _____ (処方せん右上欄外) 患者氏名： _____

1. 交付数量及び残薬の状況

医薬品名称・用法用量・日数/数量	残薬の状況	実際の交付日数(内服)/ 交付数量(外用・注射)

2. 残薬が生じている理由（該当する全てにチェック）

- 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 自覚症状改善のため 症状に応じ服用するため
- 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（ _____）

3. 患者への説明/指導内容及び特記事項

-----以下 埼玉慈恵病院使用欄-----

医事変更	変更確認	処方変更	受付