

福井大学医学部附属病院 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：	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（必要に応じて処方せんのコピー等を添付してください）

残薬の理由（複数回答可）

- 飲み忘れが積み重なった 自分で判断し飲むのをやめた 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 別の医療機関で同じ医薬品が処方された その他

上記選択肢の詳細

()

薬剤師としての提案事項