**FAX番号　0856-32-3322　益田赤十字病院 薬剤部**

**残薬調整報告書（薬剤師→処方医）**

**益田赤十字病院　診療科名　　　　　　　　　　　　　　　医師宛**

**患者名**

**薬局名　　　　　　　　　　　保険薬剤師名**

**残薬調整に関する情報提供**

* **次頁に処方せんをFAXします**

**※残薬が生じた理由（複数選択可）**

**□ 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**

**□ 同じ医薬品が処方されていた □ 飲む量や回数を間違っていた**

**□ 処方日数が服用日数より多かった □ 自分で判断し飲むのをやめた**

**□ 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**

**□ 合意に基づいた簡素化プロトコールに従い、調剤内容を一部変更しました**

**（剤形変更など）**

**□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**<注意>　 この残薬調整報告書は簡素化プロトコールに従い残薬調整を行った場合に限り**

**提出とします。**

**緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認下さい。**