|  |
| --- |
| **<ＦＡＸ送信先>　和歌山県立医科大学附属病院薬剤部　　073-441-0821**残薬調整、一包化、半割・粉砕等に係る服薬情報提供書（ﾄﾚ-ｼﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄ） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 報告日 | 　　年　　　月　　　日　 |
| 　 |  |  |  |  |  |
| 　病 院 名　　 | 和歌山県立医科大学附属病院 |  | 　薬 局 名 | 薬局　 |
| 　FAX送信先　　 | ０７３－４４１－０８２１（薬剤部）　　 |  | 　連絡先（ＴＥＬ） | (　　　　　）　　　　　-　　　　　　　　 |
| 　診療科名　　　　 | 科　 |  | 　　　　 　（FAX） |  (　　　　　）　　　　　-　　　　　　　　 |
| 　処 方 医 | 宛　　　 |  | 　薬剤師名 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |
| 【患者情報 ・ 提案 ・ 報告】 |  |  |  |  |
| ＩＤ番号 | 患者氏名　　　　　　　　　　　　 | 生年月日年　　月　　　日 | 処方日年　　月　　　日 |
| この報告に対する患者同意 | □有り　　　　□無し（診療上必要と認められたため情報提供します） |
| 件名 |
| 理由　※複数選択可【残薬調整】□飲み忘れ　□自己判断で中止または減量した　□服用量や回数を間違っていた　□当院で別の薬が処方された□別の医療機関で同効薬が処方された　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【一包化】□飲み忘れ　□自己判断での調節　□飲む量や回数を間違っていた　　□手技の困難　　　□患者の利便性のため□患者の希望　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　　）【半割・粉砕等】□服薬困難（またはその逆）　　□患者の利便性のため　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）詳細・提案（簡潔に記入）　　※処方箋を添付してください |
| <注意>トレーシングレポートは疑義照会ではありません。疑義照会は通常の通り電話にてお願いします。 |
| 【必要時返信欄（医師記入欄）】 |
| □報告内容を確認　　□次回から提案通りの内容に変更　　□現状のまま継続し、経過観察 |
|  |