|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **<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 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |