処方医：　　　　　科　　　　　　先生　御机下

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **報告日** | **2020/11/05** | **保険薬局名** |  |
| **患者ID** |  | **住所** |  |
| **患者名** |  | **電話番号** |  |
| **患者からの同意** | **FAX番号** |  |
| [ ] 　患者、家族等より同意を得ました | **担当薬剤師** |  |
| [ ] 　患者、家族等より同意を得ていませんが、必要と思われるので報告致します |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **分類** | [ ] 　服薬状況についての報告 | [ ] 　緊急性の低い副作用、副作用と思われる事象に関する報告 |
| [ ] 　患者からの要望 | [ ] 　緊急性の低い処方提案 |
| [ ] 　薬剤重複に関する情報提供 | [ ] 　がん薬物療法についての報告 |
| [ ] 　残薬調整に関する情報提供 | [ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**※緊急性の高いお問い合わせは疑義照会として電話にてご確認ください**

|  |
| --- |
| **残薬が生じた理由** |
| [ ] 　飲み忘れが重なった | [ ] 　処方日数が服用日数より多かった |
| [ ] 　用法・用量を間違った | [ ] 　他院より同じ薬剤、同種・同効薬が処方されていた |
| [ ] 　自己判断で中止 | [ ] 　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

|  |
| --- |
| **薬剤師からの報告事項、情報提供、提案内容、残薬調整の場合は対応等を記載してください。** |
|  |

|  |
| --- |
| **その他** |
|  |

**A4サイズに収まるように調節をお願いします**