**残薬調整済情報提供書**

東京医科大学病院　薬剤部

|  |  |
| --- | --- |
| 科名： | 担当薬剤師： |
| 患者ID： |  |
| 患者名： | 電話番号： |
| 生年月日： | 保険薬局　名称/所在地： |
| 処方せん右上４ケタの番号： |  |

|  |
| --- |
| 処方日： |
| ●残薬調整した内容：  記入例）Rp.1 ○○○錠５mg　９０日分から○日分  ●残薬の理由（複数回答可）  □飲み忘れ　　　□自己判断による中止　　□受診日と処方日数の不一致  □実際の服用方法との不一致　　　□頓服のため  □その他（詳細をご記入下さい：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 備考欄 |
|  |

別途連絡事項がある場合は、トレーシングレポートをご活用下さい。

東京医科大学病院　薬剤部　　　TEL０３-3559-3732 FAX03-5324-8169