

令和6年7月1日

保険調剤薬局 各位

社会医療法人栗山会 飯田病院  
院長 原 栄志

## 「残薬調整等の服薬情報提供書」の報告方法 についてのお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、誠にありがとうございます。

さて、令和2年2月より飯田病院における「残薬調整等の服薬提供書」の対応をご案内させていただいておりますが、このたび、「残薬調整等の服薬提供書」のご報告方法につきまして、メール報告を新設しましたことをお知らせいたします。

つきましては、下記の通り、「残薬調整等の服薬提供書」のご報告をいただきますようお願い申し上げます。

なお、本件に関するお問い合わせ先は、薬剤科となります。

敬具

### 記

1. 「残薬調整等の服薬情報提供書」は、基本的に飯田下伊那医師会・薬剤師会の様式でご報告ください。
2. 「残薬調整等の服薬情報提供書」の受付は薬剤科となります。いずれかの方法でご報告ください。
  - ・薬剤科直通 Fax : 0265-53-0955
  - ・薬剤科アドレス : [yakuzaiika@iida.or.jp](mailto:yakuzaiika@iida.or.jp) (PDF ファイル等)
  - ・直接薬剤科へ
3. 「残薬調整等の服薬情報提供書」の内容について問い合わせがある場合にはご協力ください。
4. 疑義照会に関しましては、従来通り、処方科の外来までお願いいたします。また、即時性の高い情報に関しましては、処方科の外来へお願いいたします。
5. 処方医からの返信に関しましては、必要に応じてさせていただきます。
6. ご報告いただいた情報の対応に、お時間をいただきます。ご了承ください。

以上

＜注意＞この紙面による情報提供は、疑義照会ではありません

【情報提供の流れ】

保険薬局から発信→診療所または病院の処方医師→保険薬局へ返信をお願いします

## 残薬調整等に関する服薬情報提供書

【情報提供先 医療機関】 機関名： 診療科： 処方医師名：先生御侍史	【情報提供元 保険薬局】 薬局名： 担当薬剤師名： TEL： Fax：
---	--

※1. 本情報を伝えることに対して患者の同意を：  口得ています /  口得ていません(要チェック)

【患者】 氏名： 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 ( 歳 ) (ID ) 住所： TEL：
---

処方箋に基づき調剤を行い薬剤を交付しましたが、残薬についてご報告いたします。

処方箋発行日 年 月 日	調剤日 年 月 日 (口発行日に同じ)
--------------	---------------------

※2. 残薬の名称・数量など					
No.	薬剤名	用量(単位)	残薬数(単位)	※3. 残薬が生じた理由	備考
1		( )	( )	A・B・C・D・E	
2		( )	( )	A・B・C・D・E	
3		( )	( )	A・B・C・D・E	
4		( )	( )	A・B・C・D・E	
5		( )	( )	A・B・C・D・E	

※3. 残薬が生じた理由(必要に応じて具体的に記述)

- A 服用忘れが多かった；
- B 服薬量や回数を間違えていた；
- C 自分の判断で服用中止；
- D 同じ医薬品が他所から処方されていた；
- E その他；

薬剤師からの提案事項が：  ある /  ない (要チェック)

薬剤師からの提案事項がある場合の提案内容：
-----------------------

なお、大変お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきますと存じます。

よろしければ、下記にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

### 返信欄

医師記入欄

- 報告内容を確認しました。
- 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

--

記入日： 年 月 日 医師名：