

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ご知らせいたします。

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 : [yakuzaika@iida.or.jp](mailto:yakuzaika@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】<br>機関名：<br>診療科：<br>処方医師名：先生御侍史 | 【情報提供元 保険薬局】<br>薬局名：<br>担当薬剤師名：<br>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】<br>氏名： 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 ( 歳 )<br>(ID )<br>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：