

～ 残薬調整(減数調剤)に係る情報提供書 ～

科名を記載してください

(枠線を切り取り処方箋と重ねてコピーも)

保険薬局名称

電話番号

担当薬剤師

FAX番号

「残薬調整後の報告可」の指示に基づく変更
内容について下記の通り報告いたします。〔平成30年度診療報酬改定「残薬分を差し
引いた減数調剤」に基づく対応〕

処方箋の患者氏名、保険医氏名、 処方部分のコピーを貼付してください

外枠部分を切り取り、処方箋と重ねてコピーすると、
必要箇所(患者氏名、保険医氏名、処方)が記載されます。

<残薬調整(減数調剤)指示への対応>

 実施

※残薬が生じた理由(複数選択可)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 飲み忘れが重なった | <input type="checkbox"/> 服用量や回数を間違っていた |
| <input type="checkbox"/> 自己調整をしていた | <input type="checkbox"/> 自己判断で使用しなかった |
| <input type="checkbox"/> その他
() | <input type="checkbox"/> |

 未実施

※残薬調整を実施しなかった理由(複数選択可)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 残薬が生じていない | <input type="checkbox"/> 残数を把握できなかった |
| <input type="checkbox"/> 患者または家族の同意が得られなかった | <input type="checkbox"/> その他
() |

その他 薬剤師からの情報提供

本情報提供書による情報提供は疑義照会ではありません。 減数調剤を行う場合は原則実物を確認した上で行ってください。

注 減数調剤後の処方日数・処方回数・処方量は必ず1以上としてください。 削除については疑義照会が必要です。

意 処方箋に記載された医薬品の1回量や1日服用(使用)回数等を減ずることはできません。

■ 本情報提供書は病院FAXコーナー(FAX番号0186-45-1314)へ持参、FAX送信、郵便のいずれかでお願いします。

医師確認記入

年 月 日 医師名

 内容を確認しました。

病院FAXコーナー → 各診療科 → 医師確認 → 医師事務作業補助者(テンプレート入力) → スキャンセンター