

残薬調整について

処方箋内に「残薬調整後の報告可 (FAX : 06-6675-8903)」のコメントがあった場合、処方箋内のすべての薬剤について残薬を確認いただき、残薬数に応じて日数を調整いただいたのち、3 ページ目に示すトレーシングレポートを作成いただき、当院まで FAX でのご報告をお願いいたします。

いただきましたトレーシングレポートについては、次回受診時に医師が確認させていただきます。

なお、「残薬調整後の報告可」のコメントがない場合は従来通り、次回受診時患者様より直接処方医の方に申し出るようにご指導いただけますよう、よろしくをお願いいたします。

(電話のみでの残薬調整は行いませんので、ご了承ください)

| 99991410-1 | | 処方せん | | Page:1/1 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------|---------|----------|-----------|----|-------------------|----|------|--|---------------|----|----|--------------------|----|------|--|--------|--|
| 保険医療機関での自己負担区分 病200未満 (この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 又は負担対象番号 | | 集約番号 | | 5962 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担医療又は 人民間の受給者番号 | | 保険証番号・集約番号 | 5245558 | 834 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | テスト患者 | 性別 | 女 | 生年月日 | 昭和59年4月7日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒559-6904 大阪府西成区西成3-18-18 友愛会病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科 | 内科 | 処方医師 | テスト | 医師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | 平成30年7月28日 | 処方せんの日数 | 4日分 | 処方せん番号 | 5905598 | | | | | | | | | | | | | | |
| 処方内容 | <table border="1"> <tr> <td>01</td> <td>【錠】キブプロフェンNa錠60mg</td> <td>3錠</td> <td rowspan="2">28日分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>【錠】バミピド錠100mg</td> <td>3錠</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>【錠】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg</td> <td>1錠</td> <td rowspan="2">28日分</td> </tr> <tr> <td></td> <td>分1 毎食後</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | 01 | 【錠】キブプロフェンNa錠60mg | 3錠 | 28日分 | | 【錠】バミピド錠100mg | 3錠 | 02 | 【錠】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg | 1錠 | 28日分 | | 分1 毎食後 | |
| 01 | 【錠】キブプロフェンNa錠60mg | 3錠 | 28日分 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【錠】バミピド錠100mg | 3錠 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | 【錠】アムロジピン口腔内崩壊錠5mg | 1錠 | 28日分 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 分1 毎食後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 残薬調整後の報告可 (FAX : 06-6675-8903) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | 公費負担者番号 公費負担医療 の受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

①「残薬調整後の報告可」の確認

② 残薬確認をしていただく

例えば
 ロキソプロフェンが10錠
 バミピドが15錠
 アムロジピンが4錠
 余っていた場合

③ ロキソプロフェンを25日分、バミピドを23日分、アムロジピンを24日分調剤いただく

(錠数単位ではなく、日数単位での調整をお願いいたします)

④ 薬剤交付の際、患者様への指導をお願いいたします。

⑤ 3 ページ目に示すようなトレーシングレポートの作成をお願い致します。

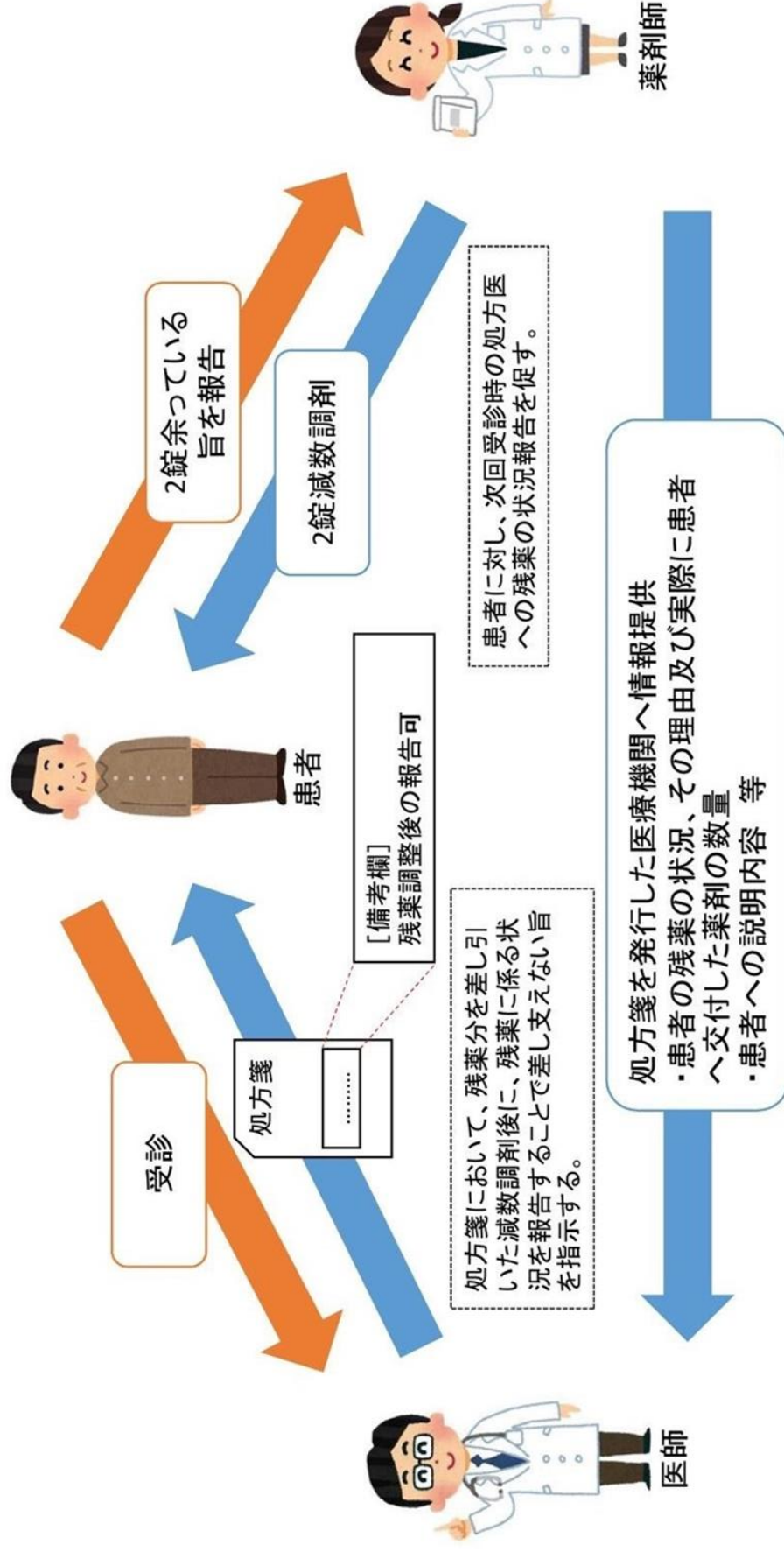
トレーシングレポートは
 友愛会病院 医事サービス課
 (FAX : 06-6675-8903)
 まで FAX にて送信をお願い致します。

残薬調整に係る取扱い

残薬分を差し引いた減数調剤に係る取扱いについて以下のように明確化する

残薬分を差し引いた減数調剤: 薬剤服用歴の記録又は調剤録及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務。

○残薬分を差し引いた減数調剤(例)



残薬調整に係る服薬情報提供書(トレーシングレポート)

| | |
|---|--|
| 担当医 科 <div style="text-align: center;">先生 御机下</div> | 保険薬局 名称・所在地 |
| 患者ID: 患者名: | 電話番号: |
| | FAX番号: |
| | 担当薬剤師名: 印 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否しておりますが、治療上必要と思われるので報告いたします。 | |

下記の通り、残薬を確認し日数調整をしましたのでご報告いたします。

ご高配賜りますようお願い申し上げます。

| |
|---|
| 処方日: |
| 残薬調整した内容※ |
| 残薬の理由(複数回答可) <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他 上記選択肢の詳細 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> |
| 薬剤師としての提案事項 |

〈注意〉

※・FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にて
 お願いします