送信日　　令和　　　年　　　月　　　日

残薬情報提供書

FAX：076-475-7997

厚生連滑川病院　　御中

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 患者番号 |  |
| 診療科 |  | 処方医師 |  |
| 処方日 | 令和　　 年　 　月 　　日 | 調剤日 | 令和 　　年 　　月 　　日 |
| 【残薬内容】 | | | |
| 【残薬が生じた理由に関する情報】  □　飲み忘れ　　　□　用法用量の間違え　　　□　自己調整　　□　入院なので中途に薬があった  □　その他 | | | |
| 【処方医への連絡事項】 | | | |
| 保険薬局名  担当薬剤師  住所  電話番号  FAX番号 | | | |

FAXの流れ：保険薬局→診療科→カルテ取込→処方医師