**減 数 調 剤 報 告 書**

様式１

減数調剤を行った場合は、この報告書を､以下までFAXしてください

山形済生病院　薬剤部　　**ＦＡＸ番号　023-682-0127**

※詳細は、山形済生病院のホームページで、留意事項を必ず確認のこと

また、**減数調剤は、残薬現物を確認した場合にのみ行って下さい。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告日 | 　　　年　　月　　日（　　） | 処方年月日 | 　　　年　　月　　日（　　） |
| 患者ＩＤ |  | 患者氏名 |  |
| 診療科名 |  | 保険医氏名 |  |

以下の通り、残薬を確認し投薬日数を減らしましたのでご報告いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬品名 | 変更前日数 | 変更後日数 |
| 処方薬 | 先発品名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 残薬の理由（複数回答可）　　　　　　□ 服用忘れ　　　　　　□ 自己判断で服用しないことがあった　　　　□ 服用間違い□ 次回診療日までの日数よりも処方日数が多いため　　　□ 症状に合わせて自己調節しているため□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 残薬の理由に関して、服薬管理上の問題により残薬が発生している場合には、問題解決に向けて行った対応を記載してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険薬局名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬　局 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 薬剤師名 |  |

病 院 記 載 欄

薬薬連携担当者　記載欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| カルテ記載 | 確　認 |  | 継続介入の必要性 | 担当者 | 介入終了 |
|  |  |  | □ 必要性あり□ 必要性なし |  |  |