

減 数 調 剤 報 告 書

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。

減数調剤を実施した内容は必ずお薬手帳へ記載して下さい。

(減数調剤前後の処方日数も併記すること)

報告日	年 月 日 ()	処方年月日	年 月 日 ()
患者 I D		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		来局時の 残薬の数量	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		F A X 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	処方変更	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		