



岩見沢市立総合病院薬剤部
FAX 0126-22-1850

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

岩見沢市立総合病院 御中

報告日: 年 月 日

残薬確認による服薬情報提供書(トレーシングレポート)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名・所在地
患者 ID 患者名	薬局 TEL 薬局 FAX 保険薬剤師名 印
☐ この情報を伝えることに対して患者の同意を得た	

☐ 下記の通り、残薬を確認致しました。次回処方時、調整をご検討下さい。

☐ 院外処方箋・備考欄「残薬調整後に保険医療機関へ情報提供」の依頼に基づき、残薬を確認し、日数調整を行いましたのでご報告致します。

処方日: 年 月 日 (調剤日: 年 月 日)

残薬の確認方法: ☐ 目視による確認 ☐ 口頭による確認 ☐ その他 ()

確認の同席者: ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他 ()

【残薬確認した内容】

【残薬が生じた理由(複数回答可)】

- | | |
|---|--|
| ☐ 飲み忘れが積み重なった | ☐ 飲む量や回数を間違っていた |
| ☐ 外出・仕事等で飲めなかった | ☐ 処方日数が服用回数より多かった |
| ☐ 別の医療機関で同じ医薬品が処方された | ☐ 自己判断で服用を中止した ☐ その他 |

【上記選択肢の詳細】

【残薬を回避するための対応・今後の処方に対する提案事項】

【注意】

- ・必ず処方箋と一緒に FAX して下さい。
- ・この用紙による情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り「院外処方箋疑義照会報告書」にてお願いします。

岩見沢市立総合病院薬剤部

TEL0126-22-1650(内線 1142)
2025 年 9 月作成 ver.1.0