**FAX：済生会日田病院（0９７３-22-8712）**

**保険薬局　⇒　薬剤部　⇒　主治医**

**済生会日田病院　宛**

**報告日：令和　　　年　　　月　　　日**

**残薬調整トレーシングレポート**

**済生会日田病院との間で交わした「院外処方箋における疑義照会プロトコール」にもと基づき、残薬調整を行いましたので報告いたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当医**　　　　　　　**科**    **先生　御机下** | **保険薬局** |
| **患者ID：** | **電話番号：** |
| **患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　様** | **FAX番号：** |
| **生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日** | **担当薬剤師：** |
| **処方日：令和　　　　年　　　　月　　　　日** | **調剤日：令和　　　　年　　　月　　　　　日** |
| **【残薬が生じた理由】** | |
| **【残薬を回避するため対応】** | |