



《注意》このFAX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疑義照会連絡票で行ってください。
未記載項目があるものは無効です。必ず全て記載してください。

処方箋指示による残薬調整報告書

保険薬局名称		保険薬局薬剤師	
TEL		FAX	
患者ID	男・女	処方せん交付日	年 月 日
患者氏名		診療科	
		処方医	

処方せん指示に基づき、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」の指示がないことを確認し、患者への説明・同意の上、変更調剤を行い薬剤交付いたしました。下記の通りご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

残薬調整（*理由記載要）
*残薬が生じた理由（詳細）

変更した内容を下記に記載して下さい。

変更前		変更後
	⇒	
	⇒	
	⇒	
	⇒	
	⇒	
	⇒	
	⇒	
	⇒	
	⇒	
	⇒	
	⇒	