



FAX

処方箋を含む 枚
報告日 年 月 日

川崎市院外処方プロトコールによる残薬調整報告書

医療機関名 科	御中 先生御侍史	薬局名 所在地
患者 ID(診察券番号)	電話番号 - -	fax 番号 - -
患者氏名	薬剤師名	
生年月日 年 月 日	処方箋発行日 年 月 日	

下記の通りご報告致します

残薬調整した処方内容

*必ず処方内容を1日分は残す。完全削除は不可。

理由 ☐ 飲み忘れが積み重なった ☐ 自分で判断し飲むのをやめた(減らした)
☐ 新たに別の医薬品が追加された ☐ 飲む量や回数を間違っていた
☐ 別の医療機関で同じ医薬品が処方された ☐ その他

上記選択の詳細

<薬剤師所見・ご提案>

川崎市院外処方プロトコールに基づき、上記の変更をさせて頂きました。

次回ご処方時にはご対応の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

2025 年5月20日版 川崎市薬剤師会