



トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方医： _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名： _____ (ID： _____)	保険薬局 名称・住所	
処方箋 No.： _____		
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た	<input type="checkbox"/> 得ていない
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL： _____	FAX： _____
	担当薬剤師： _____	印 _____

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供 (ポリファーマシー) <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
----	--

薬剤師からの情報提供・提案内容 (※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入すること)

次頁に処方箋を FAX いたします。

※ 残薬が生じた理由 (複数選択可)

- 飲み忘れが積み重なった 新たに別の医薬品が処方された 飲む量や回数を間違っていた
 同じ医薬品が処方されていた 自分で判断し飲むのをやめた (理由： _____)
 処方日数が服用日数より多かった その他 (_____)

※ 残薬を回避するための対応 (必ず選択してください)

- 適切な服薬に向けて意義や重要性について指導しました。
 その他 (_____)

◇ 医師への提案

- (変更 or 中止) を提案します。(理由/提案内容： _____)
 その他 (_____)

<注意> この FAX による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。