



## 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

処方医： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者名： ID：	保険薬局 名称・住所		
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：	印
	担当薬剤師：		

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、ご高配を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関する情報提供 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 副作用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
----	--

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

※ 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
- 自分で判断し飲むのをやめた (理由： \_\_\_\_\_ )
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

※ 残薬を回避するための対応

- 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 ( \_\_\_\_\_ )

<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。