

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 ID: 患者氏名: 生年月日:	保険薬局 名称・住所
患者又は代諾者 からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄:
<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: 担当薬剤師:

緊急性のある場合は患者（ご家族）より医師へ直接連絡するようにしてください。

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したので、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"/> 服薬状況 <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"/> 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"/> OTC・サプリメント、 <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 外出・仕事で飲めなかった
- 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 による伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません。**

（注：この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。）