

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医 科 先生 御机下	保険薬局 名称 (所在地・電話番号・FAX番号)
患者番号:	担当薬剤師名: 印
患者氏名:	
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

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。

処方箋発行日: 年 月 日	調剤日: 年 月 日
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"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 他院処方(重複、相互作用) <input type="checkbox"/> 副作用(重篤でないもの) <input type="checkbox"/> 経口抗がん剤 <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> 手技:自己注射 <input type="checkbox"/> 手技:吸入薬 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他()

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

--

※ 残薬が生じた理由(複数回答可)

- 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
 別の医療機関で同じ医薬品が処方された 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
 プロトコルに従い、調剤内容を一部変更しました(一包化・剤形変更など)
 その他()

◆ 残薬を回避するための医師への提案

- (変更 or 中止)を提案します (理由/提案内容:)
 その他()

【注意】・トレーシングレポートによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

・緊急性のある場合は、通常通りの疑義照会をお願いします。

FAX送信先:和泉市立総合医療センター 薬剤部
0725-44-1038