



<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、直接電話で薬剤科にご確認ください。

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"/> 抗がん剤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"/> 服薬状況 <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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 同じ医薬品が処方されていた <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた（理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 調剤内容を一部変更しました（一包化・剤形変更など） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
◇ 医師への提案 <input type="checkbox"/> （変更 or 中止）を提案します。（理由／提案内容： _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	