



トレーシングレポート（服薬情報提供書）

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 処方医 _____ 科 _____ 先生

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： _____ 担当薬剤師： _____

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（ _____ ）
----	--

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）

（変更 or 中止 or 追加）を提案します。

※ 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（ _____ ）

<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、赤穂市民病院 薬剤部へ FAX(0791-45-3072)にてご確認ください。