獨協医科大学埼玉医療センター　薬剤部

FAX：048-965-0669

保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

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：　　 -　　　　-　　 ）　　　　　　　　　　　 （生年月日：T・S・H・R　　年　　月　　日） | 保険薬局 名称・住所TEL：FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　印 |
| 患者又は代諾者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない代諾者続柄： |
| [ ]  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。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | [ ]  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）　　[ ]  当院　[ ]  当院＋他の医療機関　　　服用薬剤調節支援料2算定（ 有 ・ 無 ）[ ]  経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供[ ]  処方内容に関連した提案[ ]  残薬調整に関する情報提供残薬が生じた理由（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[ ]  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  その他（ 　　　　　　　　 　　）　　　　　　　　 |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容上記の通り、ご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。 |
| 病院薬剤師記入欄次回外来：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局への連絡：　　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対応薬剤師： |

＜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**。

**緊急性**のある問い合わせや疑義照会は通常通り電話にてお願いします。　　　2020年2月作成版