



トレーニングレポート（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
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： _____	TEL : _____
<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。	FAX : _____ 担当薬剤師： _____ 印

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"/> 当院 <input type="checkbox"/> 当院+他の医療機関 服用薬剤調節支援料2算定（有・無） <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"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 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） <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"/> 外出・仕事で飲めなかった <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 残薬を回避するための対応 <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"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 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