

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： I D：	保険薬局 名称・住所・電話番号・FAX 番号		
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致します。			担当薬剤師： _____ (印)

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付致しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございましたので、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"/> 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 致します。	

◆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えていた <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(_____)
◆残薬調整後の状況 <input type="checkbox"/> 残薬はなくなった <input type="checkbox"/> まだ服用していない薬がある(数量：約 _____ 日分)
◆残薬を回避するための対応(必ず選択して下さい) <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"/> 合意に基づいた簡素化プロトコールに従い、調剤内容を一部変更しました(一包化・剤形変更など) <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(_____)

<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、処方医に直接電話でご確認下さい。