**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 | □得た　　□得ていない |
| □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：　　　　　　　　　　　　　㊞ |

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すので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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)  □残薬調整に関する情報提供　　□服薬状況　　□処方内容に関連した提案  □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。   * 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)  □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えていた  □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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ◆残薬調整後の状況  □残薬はなくなった　　□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)  □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  □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)  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ◇医師への提案  □(変更 or 中止)を提案します。(理由/提案内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 ) |