トレーシングレポート(服薬情報提供書)

担当医: 科	<u>先生御机下</u> 報告日: 年 月 日
患者氏名: 性別:男女	保険薬局 名称·所在地
中共10	
患者 ID:	
生年月日: 年 月 日 (歳)	
患者からの同意: □得た □得ていない	電話番号:
	FAX 番号:
□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に報告致します。	担当保険薬剤師氏名: 印
処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。	
下記の通り、患者の服薬状況等について情報提供いたし	ます。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	
□経口抗悪性腫瘍薬に関する情報提供	□その他()
薬剤師としての情報提供・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	
※残薬が生じた理由(複数選択可)	
□飲み忘れが重なった □新たに別の医薬	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 □自己判断で飲	マむのを止めた(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。	
□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。(一方化、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()

※この情報提供書は疑義照会ではありません。

【注意事項】

- 1.必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
- 2.わかりやすく記入すること。
- 3.必要な場合には、手帳又は処方箋の写しを添付すること。
- 4.本紙は、患者が現に診療を受けている医療機関に交付し、保険薬局では写しを薬剤服用歴等に保存すること。