



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：	保険薬局 名称・住所	
患者ID：		
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いたします。	TEL：	FAX：
	担当薬剤師：	印

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

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	<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"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <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）

次頁に処方箋を FAX いたします。

※ 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
- 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（ _____ ）

<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ください。