

↑ FAX : 大分岡病院 097-522-7365 ↑

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名
患者 ID	電話番号
患者氏名 様	FAX 番号
生年月日 年 月 日	担当薬剤師
処方箋発行日	報告日
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ている <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていない <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。	

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用
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（必ず選択してください）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 適正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 () | |

◆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による伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。緊急性のある場合は電話にて問い合わせをしてください。

記入例

↑ FAX : 大分岡病院 097-522-7365 ↑

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 循環器科 岡 太郎 先生 御机下	保険薬局 ○○薬局
患者 ID ××××	電話番号 ×××-×××
患者氏名 森町 町子 様	FAX 番号
生年月日 ×× 年 ×× 月 ×× 日	担当薬剤師 鶴崎 花子
処方箋発行日 2020 年 2 月 2 日	報告日 2020 年 2 月 2 日

この情報を伝えることに対して患者の同意を得ている
 この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていない
 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。

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、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 checked="" 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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用
----	--	---

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。

飲み忘れにて 5 日分残薬あり、今回 30 日分処方のところを 25 日分処方に変更致しました。

※残薬が生じた理由（複数選択可）

飲み忘れた 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： ）
 処方日数が服用日より多かった 外出・仕事で飲めなかつた
 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）

適正な服薬に向けて意義や重要性について指導しました。
 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による伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。緊急性のある場合は電話にて問い合わせをしてください。