

↑ FAX : 大分岡病院薬剤部 097-522-3554 ↑

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"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 副作用 <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。

