

【注意】 このFAXでの情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は、通常通り薬剤部へ電話にてお願いします。

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

処方医師 科 先生御侍史	保険薬局 名称・所在地
患者 ID 患者名	TEL FAX 担当薬剤師 印
<input type="checkbox"/> 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要だと考えられるので報告します。	この情報を伝えることに 患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

 薬剤服薬状況、残薬調整、ポリファーマアシーなど 処方内容に関連した提案事項 その他

につき、下記にご報告しますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

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）

※残薬が生じた理由（複数可）

- 飲み忘れが積み重なった 新たに別の薬が処方された 服用回数や量が間違っていた
 自己判断で服用をやめた（理由： _____ ） 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ルに従い、調剤内容を一部変更しました（一包化・剤型変更など）
 その他（ _____ ）

大変お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えを下記にご記入下さい。

対応（医師記入欄）	返信欄	処方医師→ 薬剤部 → 保険薬局
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 次回から提案された内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 以下の理由から現状のまま継続し、経過観察します。 <input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。 (_____)		

年 月 日

医師名