



トレーシングレポート（服薬情報提供書）

報告日____年____月____日 処方医____科____先生
処方日____年____月____日

患者名 : _____ (ID : _____)	保険薬局 名称・住所
患者からの同意 ☐ 得た ☐ 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いたします。	TEL : _____ FAX : _____ 担当薬剤師 : _____

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） ☐ 抗がん薬のレジメンや患者の状況に関する相談、情報提供など ☐ 服薬状況 ☐ 残薬調整に関する情報提供 ☐ 副作用 ☐ 処方内容に関連した提案 ☐ その他（_____）
----	---

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）

☐ （変更 or 中止 or 追加）を提案します。

※ 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。
☐ その他（_____）

病院薬剤師記入欄

情報提供ありがとうございました。

☐ 報告内容を確認し、主治医へ報告しました。

返信日：____年____月____日 対応薬剤師：_____

<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、福島赤十字病院 薬剤部 (TEL : 024-534-6101) に直接ご確認ください。