

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 処方医 _____ 科 _____ 先生

患者名:	保険薬局 名称・住所
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希望していませんが、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:

聞き取り日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

タイミング 投薬時 患者から薬局への問い合わせ テレフォンフォローアップ

対応者 本人 家族

レジメン _____

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	<input type="checkbox"/> 服薬状況
	<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"/> 副作用
	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案	<input type="checkbox"/> その他(_____)
	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供	

情報提供・提案内容 (※残薬調整の場合は、下欄の「理由」と「対応」を記入してください。)

変更 中止 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 自分で判断し服用を調節・中止した(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を指導しました。

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、市立加西病院(薬剤部)に直接お電話ください。(代表TEL:0790-42-2200)

病院記入欄

カルテ確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (受診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日) 対応薬剤師: _____

ご提案に対する処方変更等はありませんでした。
(その理由: _____)

ご提案により処方変更等が行われましたので、お手数ですがその後の患者状況を以下にてお知らせください。
次回受診予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険薬局返信欄

- 薬物有害事象が回避できた 減薬できた コストが削減できた
- 症状が改善した アドヒアランスが向上した その他
- (複数回答可)

(具体的に記載してください。)