

トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方医： 科 先生 報告日 年 月 日

処方日： 年 月 日		保険薬局 名称・住所	
患者 ID：		TEL： FAX：	
患者にシール：			
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <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いたします。			
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 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他 ()	(ポリファーマシー)	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案
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」を記入してください)			
※ 残薬が生じた理由 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <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"/> 処方日数が服用日数より多かった <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"/> 適切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"/> 疑義照会簡素化に基づき、調剤内容を変更しました。(処方一包化・剤型変更等) <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、北播磨総合医療センター薬剤室に疑義照会 FAX でお問い合わせください。