



<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。
緊急性のある問い合わせや疑義照会は通常通り、電話でお願いします。

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

担当医 科 先生 御侍史	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします	

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご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"/> OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
----	---

薬剤師からの情報提供と提案内容（※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」を記入してください）

次頁に処方箋を FAX いたします。

※ 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"/> 外出・仕事で飲めなかった | |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | |

汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。