

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

担当医 <div style="text-align: right;">科 先生 御机下</div>	保険薬局 名称・所在地
患者ID: 患者名:	電話番号:
	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を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 副作用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況(アドヒアランス) <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"/> 残薬調整に関する情報提供(下欄に記入) <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> その他
薬剤師からの情報提供・提案内容	
★残薬が生じた理由(複数選択可) <input type="checkbox"/> 飲み忘れが重なった <input type="checkbox"/> 処方日数が再診日より多かった <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違った <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ薬を処方された <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた(理由: _____) <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"/> その他	

〈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。緊急性のある疑義照会は通常通りにご対応ください。

(注:この様式は一例です。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。)