



## トレーシングレポート（服薬情報提供書）

担当医： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 殿 報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者 ID : 患者名 : (生年月日 : _____ )	保険薬局 名称・住所	
患者又は代諾者 からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄 :	TEL : _____                      FAX : _____
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し、患者の同意を得ておりませんが、治療上必要と考えられるため報告いたします。		担当薬剤師 : _____                      印

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"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案 <input type="checkbox"/> 自己注射の手技確認 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用発現もしくは疑い <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> 処方内容（上記の減薬以外）に関連した提案 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 処方日数の適正化 <input type="checkbox"/> 外用剤の用法追記(口頭で指示されている場合) <input type="checkbox"/> 患者希望およびアドヒアランス不良による一包化調剤への変更(PTP への変更含む) <input type="checkbox"/> 後発品から先発品への変更(出荷調整による) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
【上記選択肢の詳細な内容】	
【薬剤師としての所見・提案事項】	

<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。**

(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。)