



トレーシングレポート（服薬情報提供書）

担当医： _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (医師名はフルネームで記載のこと) 処方日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID : 患者名 :	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 :	
<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		TEL : _____ FAX : _____ 担当薬剤師 :

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したので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用	<input type="checkbox"/> 服薬状況
	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案	<input type="checkbox"/> 有害事象・副作用疑い
	<input type="checkbox"/> 併用薬に関する情報提供	<input type="checkbox"/> ポリファーマシー
	<input type="checkbox"/> 疑義照会・簡素化プロトコルに基づく処方変更（残薬調整など）	
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

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」を記入すること）

「一包化」指示の追加（理由： 管理困難 ヒート取り出し困難 その他 _____）

後発医薬品「変更不可」欄の「レ」記載の削除（※一般名処方に限る）

用法訂正 Rp) _____ 訂正前 _____ ⇒ 訂正後 _____

Rp) _____ 訂正前 _____ ⇒ 訂正後 _____

日数の適正化 Rp) _____ 変更前 _____ 日 ⇒ 変更後 _____ 日 理由：隔日・週1・月1・ _____

Rp) _____ 変更前 _____ 日 ⇒ 変更後 _____ 日 理由：隔日・週1・月1・ _____

Rp) _____ 変更前 _____ 日 ⇒ 変更後 _____ 日 理由：隔日・週1・月1・ _____

Rp) _____ 変更前 _____ 日 ⇒ 変更後 _____ 日 理由：隔日・週1・月1・ _____

残薬調整 【頓用・調節指示等により残薬が生じる見込み含む】（※いずれも減じる場合に限る）

Rp) _____ 変更前 _____ ⇒ 変更後 _____

その他 _____

◇医師への提案

医薬品名 _____ の（変更 or 中止）を提案します。

（理由／提案内容： _____）

その他（ _____）

※ 残薬が生じた理由（複数選択可）

飲み忘れが積み重なった 飲む量や回数を間違っていた

自分で判断し飲むのをやめた（理由： _____）

処方日数（回数）が服用日数（回数）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について指導しました。

合意に基づいた簡素化プロトコルに従い、調剤内容を一部変更しました（一包化・剤形変更など）

その他（ _____）

<注意> この FAX による情報提供は、**疑義照会ではありません**。緊急性の低いもののみご利用ください。