保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

長岡赤十字病院　薬剤部

FAX：0258-28-9023

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

処方日　　　 年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者名：　　　　　　  | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者又は代諾者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない代諾者続柄： |
| [ ]  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。 |

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 | 　 [ ]  経口抗がん薬の適正使用 　　　　　　　[ ]  服薬状況　 [ ]  処方内容に関連した提案　　　　　　　　[ ]  有害事象・副作用疑い　[ ]  併用薬に関する情報提供　　　　　　　　☐ ポリファーマシー[ ]  疑義照会簡素化プロトコールに基づく処方変更（残薬調整など）　 [ ]  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）◇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： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）☐ 処方日数が服用日数より多かった　☐ 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ールに従い、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**。緊急性の低いものにのみご利用ください。

2022年10月作成版