



## 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 :	保険薬局 名称・住所	
患者名 :		
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"/> 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ー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）

### ◇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**。緊急性の低いもののみご利用ください。