トレーシングレポート（服薬状況等　提供書）

飯田市立病院　御中　　報告日：　　年　　月　　日

添付資料　□有　・　□無　（　　枚：この用紙を含まない）

処方医　　科　　先生	保険薬局　名称（所在地・電話番号・FAX 番号）
患者番号： 患者氏名： 生年月日： 性　　別：　男　・　女	担当薬剤師名：　　印 自筆の場合は印不要

この情報を伝えることに対して患者の同意を

□得た

□得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします。

処方発行日：　　年　　月　　日	調剤日：　　年　　月　　日

報告内容

□ 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー）

□ 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供　　□ 服薬状況

□ 残薬調整に関する情報提供　　□ 副作用（重篤ではない）

□ 処方内容に関連した提案　　□ 他院処方（重複、相互作用）

□ 手技：(自己注射吸入　等)　　□ その他（　　）

情報提供・提案事項（※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入すること）

□（変更 or 中止　or 追加）を提案します。

※ 残薬が生じた理由（複数選択可）

□ 飲み忘れが積み重なった　　□ 新たに別の医薬品が処方された　□ 飲む量や回数を間違っていた

□ 同じ医薬品が処方されていた　　□ 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。

□ その他（　　）

《薬剤部》□報告内容を確認し、主治医へ報告しました。

《主治医記入欄》情報提供ありがとうございます。

□ 次回より提案内容を考慮し、変更します。

□ 提案内容の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。

□ その他：

飯田市立病院　　科　　医師名：　　記入日：　　年　　月　　日

＜注意＞　この FAX による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**緊急性のある問い合わせや疑義照会は、飯田市立病院（薬剤部）TEL：0265-21-1255 にてご確認ください。

FAX 送信先：０２６５－２１－１２８５（薬剤科）