保険薬局 → 赤十字病院（薬剤部）

沖縄赤十字病院　薬剤部

FAX：098-855-7266

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医：　　　　　科　　　　　　　　　先生御机下　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　 （ID： ）処方箋No.：　　 　－　　　　 | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない |
| [ ]  患者は処方医への報告を拒否していますが、　 治療上重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 | 　 [ ]  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　 [ ]  処方内容に関連した提案　　　　　　　　　[ ]  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）　[ ]  次頁に処方箋をFAXいたします。 |
| ※ 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◇ 医師への提案[ ]  （変更 or 中止）を提案します。（理由／提案内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜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、処方医に直接電話でご確認ください。