福島赤十字病院　薬剤部

①TEL：024-534-6101（内）9112

電話連絡後、以下へFAXをお願いします。

②FAX：024-536-1224

保険薬局　→　福島赤十字病院　薬剤部

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

報告日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　　処方医＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿先生

処方日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

患者名：　　（ID：　　）	保険薬局 名称・住所
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。	TEL：　　FAX： 担当薬剤師：

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） □ 抗がん薬のレジメンや患者の状況に関する相談、情報提供など　□ 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（　　）

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）

□ （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（　　）

病院薬剤師記入欄

次回外来：

薬局への連絡：　　年　　月　　日

対応薬剤師：

＜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、福島赤十字病院（薬剤部）に直接ご確認ください。