



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

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 | <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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) | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 服薬状況 |
| | <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 | <input type="checkbox"/> 副作用 |
| | <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 | <input type="checkbox"/> 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

情報提供ありがとうございました。

報告内容を確認し、主治医へ報告しました。

返信日 : _____ 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。