



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 : _____) (生年月日 : _____)	保険薬局 名称・住所	
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： _____	TEL : _____ FAX : _____
<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。		担当薬剤師： _____ 印

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"/> 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"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 <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"/> OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> その他 (_____)
特定薬剤管理指導加算2算定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 同じ医薬品が処方されていた <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた（理由： _____） <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった <input type="checkbox"/> 外出・仕事で飲めなかった <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
◇ 医師への提案 <input type="checkbox"/> (変更 or 中止)を提案します。(理由/提案内容： _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

<注意> このFAXによる伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません。**

(注：この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。)