



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	☐ 得た ☐ 得ていない 代諾者続柄： _____	TEL： _____	FAX： _____
☐ 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	☐ 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 ☐ OTC・サプリメント ☐ その他（ _____ ）
特定薬剤管理指導加算 2 算定の有無	☐ 有 ☐ 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） ☐ 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 ☐ 外出・仕事で飲めなかった ☐ 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。)