



服薬情報提供書（トレーシングレポート）通常用

処方医： 科 先生御机下 報告日 年 月 日

| | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|------|
| 患者 ID： | 保険薬局 名称・住所 | | |
| 患者名： | | | |
| 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： | 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"/> ご指示いただいた内容に関する情報提供 <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（ ） |
|----|--|

薬剤師からの情報提供・提案内容

☐ 次頁に処方箋を FAX いたします。

返信欄

- ☐ 報告内容を確認しました。
- ☐ 処方変更なく、経過観察します。
- ☐ 提案の意図を理解し、内容を考慮して対応します。

薬剤部返信確認欄

* 医師確認後、この用紙は一度病院薬剤部へ返却してください。

薬剤部から発行元へ返信させていただきます。

<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。