



## 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 | TEL :      | FAX : |
| <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、<br>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"/> 服薬状況    |
|    | <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"/> ご指示いただいた内容に関する情報提供              | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|    | <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案                     |                                  |

### 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。