# **トレーシングレポート（服薬情報提供書）《広島県版》**　Ver.2

　　　　　　　　　　　　　　　　　御中 報告日：　 　年　　月　　日

添付資料　□無　□有（　　　枚：この用紙を含む）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　先生 | 保険薬局　名称（所在地・電話番号・FAX番号）  薬剤師名： |
| 患者番号：  患者氏名：  生年月日：　　　　年　　　月　　　日 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を、 □得た  □得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします。 | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。服薬情報について下記の通りご報告いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方箋発行日：　　　年　　　月　　日 | | 調剤日：　　　　年　　　月　　　日 |
| 報  告  内  容 | □薬剤継続の必要性について（ポリファーマシー等） 　　□服薬状況  □リフィル処方箋　　　　 □副作用（重篤でないもの） □他院処方（重複、相互作用）  □抗がん剤（ □経　口、　 □注　射 ）　　　　 　　 □オピオイド  □手　　技（ □自己注射、 □吸入薬、 □その他 ）　 □その他（　　　　　　　　　 　) | |
| 情報提供・提案事項 | |
| 残薬について（複数回答可）  薬品名（　　　　　　　　　　）　《理由》□飲み忘れ　□重複　□自己判断　□その他(　　　　　　　)  薬品名（　　　　　　　　　　）　《理由》□飲み忘れ　□重複　□自己判断　□その他(　　　　　　　)  薬品名（　　　　　　　　　　）　《理由》□飲み忘れ　□重複　□自己判断　□その他(　　　　　　　)  残薬を回避するための対応  □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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |

|  |
| --- |
| 病院への情報提供依頼(患者の同意有の時のみ)  □検査値　□病名　□プロトコール　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

|  |
| --- |
| 《医療機関記入欄》 情報提供ありがとうございます。  □報告内容を確認し、処方医へ報告しました。  □次回より提案に沿った内容に変更します。  □提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。  □その他    医療機関名：  ＦＡＸ番号：  　返信日：　　　　年　　　月　　　日　　　記 入 者： |