



トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

処方医 _____ 科 _____ 先生

患者名 : _____ (ID : _____)	保険薬局 名称・住所
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <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。 <input type="checkbox"/> どちらでもない	TEL : _____ FAX : _____ 担当薬剤師 : _____

分類	<input type="checkbox"/> 患者から減薬希望があった (あれば具体的薬剤名の記載) <input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しいと考える薬剤がある (薬剤名、理由の記載) <input type="checkbox"/> 服薬状況 (飲み忘れ、服用間違い、他院で類似薬処方のためなど 例えば、昼の飲み忘れが多く1日2回へ変更したほうがよいなど) <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめていることを聴取 (薬剤名、理由の記載) <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 調剤後薬剤管理指導加算の連絡 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
----	---

保険薬局薬剤師からの情報提供・提案内容

次回外来予定日 : _____ 月 _____ 日

病院薬剤師記入欄

- 報告内容を処方医に確認しましたが処方変更なく、経過観察致します。
- 報告内容を処方医に確認し提案通り処方変更致します。
- その他 (_____)

薬局への連絡 : _____ 月 _____ 日

対応薬剤師 :

<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、東川口病院へ電話連絡にてご確認ください。