

## 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

処方医  先生 御机下	保険薬局 名称（住所・電話番号・FAX 番号）
患者番号： 患者氏名： 様	担当薬剤師名：
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われるので報告いたします。	

処方せんに基づき、薬剤を交付いたしました。  
下記の通り、ご報告すべき点がございますので、高配賜りますようお願い申し上げます。

<b>情報提供内容（処方箋など別紙添付可）</b> <input type="checkbox"/> 残薬を含む処方薬剤の服用状況（必ず下欄に記入） <input type="checkbox"/> 併用薬剤等（一般用医薬品、健康食品を含む）の情報 <input type="checkbox"/> 患者、家族または介護者からの情報（副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等） <input type="checkbox"/> その他（ )
<b>残薬が生じた理由（複数回答可）</b> <input type="checkbox"/> 使用忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 使用量や回数が間違っていた <input type="checkbox"/> 別医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 処方数が実使用数より多かった <input type="checkbox"/> 自己判断による中断（理由： ) <input type="checkbox"/> その他（ )

<b>薬剤師からの提案事項（指導内容含む）</b>
---------------------------

\*\*\*\*\* 病院記入欄 \*\*\*\*\*

<input type="checkbox"/> 内容を確認し、処方医に報告しました。 <input type="checkbox"/> その他（ )
記入日：      年      月      日      記入者：

<注意>  
このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。  
緊急性のある問合せや疑義照会は、通常通り薬剤部にFAXをお願いします。（疑義照会専用FAX 06-6879-5989）