



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）
患者番号： 患者氏名： 生年月日： 年 月 日	薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を、 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われる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	<input type="checkbox"/> 薬剤継続の必要性について（ポリファーマシー等） <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> リフィル処方箋 <input type="checkbox"/> 副作用（重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 他院処方（重複、相互作用） <input type="checkbox"/> 抗がん剤（ <input type="checkbox"/> 経口、 <input type="checkbox"/> 注射） <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> 手技（ <input type="checkbox"/> 自己注射、 <input type="checkbox"/> 吸入薬、 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<u>情報提供・提案事項</u>
	残薬について（複数回答可） 薬品名（ ） 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ ） 薬品名（ ） 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ ） 薬品名（ ） 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ ） 残薬を回避するための対応 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他（ ）

<u>病院への情報提供依頼(患者の同意有の時のみ)</u> <input type="checkbox"/> 検査値 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> プロトコール <input type="checkbox"/> その他（ ）

<p>《医療機関記入欄》 情報提供ありがとうございます。</p> <p><input type="checkbox"/>報告内容を確認し、処方医へ報告しました。</p> <p><input type="checkbox"/>次回より提案に沿った内容に変更します。</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p style="text-align: right;">医療機関名：</p> <p style="text-align: right;">FAX番号：</p> <p>返信日： 年 月 日 記入者：</p>
--