

野上病院 御中

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

| | |
|---|--------------------------|
| 処方医： 科 先生 御机下 | 保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号） |
| 患者番号： 患者氏名： | 担当薬剤師名： |
| 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"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。 | |

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とおりご報告いたします。

| | |
|---------------|---|
| 処方箋交付日： 年 月 日 | 調剤日： 年 月 日 |
| 分類 | <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供（下欄の「理由」と「対応」等を記入。残薬調整での投与日数の変更は電話での疑義照会が必要） <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 経口抗がん剤に関する情報提供 <input type="checkbox"/> オピオイドに関する情報提供 <input type="checkbox"/> 手技の説明・確認：自己注射 <input type="checkbox"/> 手技の説明・確認：吸入薬 <input type="checkbox"/> 手技の説明・確認：点眼薬 <input type="checkbox"/> 副作用に関する情報提供（重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導報告書（添付資料あり） <input type="checkbox"/> ポリファーマシーに関する情報提供 <input type="checkbox"/> 他院処方（重複、相互作用）に関する情報提供（処方された施設名：) <input type="checkbox"/> その他 () |

薬剤師からの情報提供・提案事項など（別紙添付可）

残薬が生じた理由（複数選択可）

- 飲み忘れが積み重なった。 別の医療機関で同じ医薬品が処方された。 新たに別の医薬品が処方された。
- 飲む量や回数を間違っていた。 自分で判断し飲むのをやめた。（理由：)
- その他 ()

残薬を回避するための対応（必ず選択してください）

- 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。 調剤内容を一部変更しました。（一包化、剤形変更など）
- その他 ()

★残薬を回避するための医師への提案

- （変更 or 中止）を提案します。（理由・提案内容：)
- その他 ()

<注意> 本紙による情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

*****病院記入欄*****

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。（スキャナで取り込みました。） | <input type="checkbox"/> 報告内容を医師へ伝えました。（カルテに記載しました。） |
| <input type="checkbox"/> 提案内容を医師へ伝えました。（※必ずしも提案通りに変更されるとは限りません。） | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

記入日： 年 月 日 記入者：