トレーシングレポート（服薬情報提供書）

美濃市立美濃病院　薬局

処方医：　　　　　科　　　　　　　　　先生御机下　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　 （ID： ）  　　　　　　　　　　（生年月日：　　　　　　） | | 保険薬局 名称・住所  TEL：　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者又は代諾者からの同意 | 得た　　 得ていない  代諾者続柄： |
| 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。 | |

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー）  経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供　 服薬状況  残薬調整に関する情報提供　　　　　　　　 副作用  処方内容に関連した提案　　　　　　　　　 OTC・サプリメント  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容（※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入すること） | |
| ※ 残薬が生じた理由（複数選択可）  飲み忘れが積み重なった　　　　　 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  同じ医薬品が処方されていた　　　 自分で判断し飲むのをやめた（理由：　　　　　　　　　　　　　）  処方日数が服用日数より多かった　 外出・仕事で飲めなかった  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。  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ◇ 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＞ 情報提供は、**疑義照会ではありません**。　　美濃市立美濃病院　薬局FAX：0575－33―4988

2020年9月作成版