



トレーシングレポート(服薬状況提供書)

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	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"/> 取得済み <input type="checkbox"/> 未取得(治療上重要なため報告)	

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"/> 服薬状況 <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"/> 手技:自己注射 <input type="checkbox"/> 手技:吸入薬(西多摩吸入支援ネットワーク「C票」を除く内容) <input type="checkbox"/> 適正使用 <input type="checkbox"/> 処方提案 <input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供(ポリファーマシー等) <input type="checkbox"/> その他()
	情報提供・提案事項
	残薬についての情報 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、 <input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて、服用意義や重要性について指導しました。 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ防止に関する対策について指導しました。 <input type="checkbox"/> その他() * 処方日数の変更内容については「疑義照会報告書」にて報告。

返信希望 なし あり(内容: _____)

(返信) - 病院記入欄 -

返信日: 年 月 日

情報提供ありがとうございます。

報告内容を確認し、主治医へ報告しました。
次回から提案どおりに変更します。
提案の意図は理解しました。次回、診察時に検討します。
現状のまま継続します。
その他

市立青梅総合医療センター (_____ 科 医師・薬剤師・その他) 氏名