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）担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者番号：患者氏名：生年月日：　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を、 □取得済み□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 | □服薬状況　　　□副作用（重篤でないもの）　　　□他院処方（重複、相互作用）□手技：自己注射　　　□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）□適正使用　　　□処方提案　　□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）□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》□飲み忘れ　□重複　□自己判断　□その他(　　　　　　　　　　　　　　)薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　）　《理由》□飲み忘れ　□重複　□自己判断　□その他(　　　　　　　　　　　　　　)薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　）　《理由》□飲み忘れ　□重複　□自己判断　□その他(　　　　　　　　　　　　　　)残薬を回避するため、□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。□飲み忘れ防止に関する対策について指導しました。□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　　　　　　　　　　　　　　　 |