



トレーシングレポート（服薬状況提供書）

処方医：                      科                      先生                      報告日                      年                      月                      日

ID：                      （生年月日：                      ）		保険薬局 名称・住所	
患者名			
患者又は代諾者 からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄：	TEL：	FAX：
<input type="checkbox"/> 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。		担当薬剤師：	印

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	<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） <input type="checkbox"/> 処方薬の適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> ※残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> 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」を記入してください） <input type="checkbox"/> 次ページに処方箋をFAX致します。	
※残薬が生じた理由（複数選択可能） <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 同じ医薬品が処方されていた <input type="checkbox"/> 自己判断でやめた <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった <input type="checkbox"/> 外出・しごとで飲めなかった <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違えていた <input type="checkbox"/> 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） <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（                      ）	
医師からの回答（任意でお願いします） <input type="checkbox"/> 次回受診時に情報提供・提案内容について考慮します <input type="checkbox"/> 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察とします [                      ]	

《注意》 このFAXによる伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。