



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	☐ 得た ☐ 得ていない 代諾者続柄：	TEL：	FAX：
☐ 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	☐ 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） ☐ 処方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」を記入してください） ☐ 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） ☐ 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 ☐ 同じ医薬品が処方されていた ☐ 自己判断でやめた ☐ 処方日数が服用日数より多かった ☐ 外出・しごとで飲めなかった ☐ 飲む量や回数を間違えていた ☐ 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（ ）	
医師からの回答（任意でお願いします） ☐ 次回受診時に情報提供・提案内容について考慮します ☐ 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 	

（ ） 医師からの返信を希望します （※速やかな返信が必要な場合は、疑義照会にてお問い合わせください）

《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。