# 高知県立幡多けんみん病院　薬剤科 報告日：　　 年　　 月　　 日

FAX；0880-66-2808

# **トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

添付資料　□無　□有（　　　枚：この用紙を含む）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ＩＤ：  患者氏名：  生年月日：　　　　年　　　月　　　日 | 保険薬局　名称  担当薬剤師； |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を、 □得た  □得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします。 | |

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 | □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）  □服薬状況　　　　　　　　 □他院処方（重複、相互作用） □副作用（重篤でないもの）  □残薬調整に関する情報提供　　　　　　 　□手技：自己注射・吸入薬  □処方内容に関連した提案　　　　　 　　 □その他(　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 情報提供・提案事項 | |
| ★残薬が生じた理由に☑してください（複数回答可）  □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 　　 □服薬の用法を間違っていた  □自己判断により服薬を中止した　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ★残薬を回避するための対応  □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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |

|  |
| --- |
| 《病院記入欄》  次回受診日：  □報告内容を確認し、主治医へ報告しました。　　　　　□報告内容を確認し、掲示板に記載しました。  　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　対応薬剤師： |

＜ご注意＞このFAXによる情報伝達は疑義紹介ではございません。緊急性が高いご連絡は別にお願いします。