高知県立幡多けんみん病院　薬剤科

FAX；0880-66-2808

報告日：　　年　　月　　日

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。