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 |