

## トレーシングレポート（服薬情報提供書）

科	報告日 令和 年 月 日
先生 御机下	保険薬局名
	住 所
患者ID	電話番号
患者名	FAX番号
生年月日 年 月 日	担当薬剤師

※ 担当医に報告することに対する患者の同意 ( あり なし )

報告内容（服薬情報・所見・提案事項等）	
分類	<input type="checkbox"/> 継続の必要性について検討を要する薬剤についての情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況についての情報提供 <input type="checkbox"/> 残薬に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> その他：
◇薬剤師からの情報提供・提案内容（残薬の場合は下欄の理由・対応を記載してください）	
※残薬が生じた理由（複数選択可）	※残薬を回避するための対応（必ず選択）
<input type="checkbox"/> 服用タイミングのずれ <input type="checkbox"/> 外出先に持参するのを忘れた <input type="checkbox"/> 飲み忘れた記憶があいまい <input type="checkbox"/> 服用方法の誤解 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> 受診日とのずれ <input type="checkbox"/> 処方後の減量指示 <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> 服用困難 <input type="checkbox"/> 自己調節可の指示 <input type="checkbox"/> 錠剤識別困難 <input type="checkbox"/> その他：	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ時の対処方法の指導 <input type="checkbox"/> 服用方法の工夫について指導 <input type="checkbox"/> 処方通りの服用方法を指導 <input type="checkbox"/> 薬効や服薬（使用）理由を指導 <input type="checkbox"/> 次回予約日の確認と日数調整 <input type="checkbox"/> 剤型変更 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 調剤方法の検討（一包化以外） <input type="checkbox"/> 投与方法の検討 <input type="checkbox"/> その他：
◇ポリファーマシーに関連した処方提案（変更or中止）の場合は下欄の問題点を記入してください	
<input type="checkbox"/> 薬物有害事象の存在 <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス不良 <input type="checkbox"/> 同効薬の重複投薬 <input type="checkbox"/> 腎機能低下 <input type="checkbox"/> 服薬困難 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 薬物相互作用の可能性 <input type="checkbox"/> 特に慎重な投与を要する薬剤の使用など <input type="checkbox"/> 処方意図が不明な薬剤の存在 <input type="checkbox"/> その他：	
※減薬（変更or中止）に対する患者の意向	
<input type="checkbox"/> 前向き <input type="checkbox"/> 医師に一任 <input type="checkbox"/> どちらでもよい <input type="checkbox"/> できれば今のまま <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他：	

【注意】 FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会および緊急性の高い内容等は、従来通り電話で対応をお願い致します。