富山県立中央病院　薬剤部

FAX：076-491-7155

保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

　報告日　　　年　　　月　　　日

処方医：　　　　　科　　　　　　　　　先生御机下

処方年月日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名：　　　　　　 （ID： 　 ）　　　　　　　　　　 （生年月日：　　　　　　） | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者又は代諾者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない代諾者続柄： |
| [ ]  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。 |

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）　 [ ]  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　　　　　　　　　[ ]  その他（　　　　　　　　　　　） |
| 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）　[ ]  （変更or中止or追加）を提案します。（理由／提案内容） |
| ※ 残薬が生じた理由（複数選択可）[ ]  のみ忘れが積み重なった　　　　　[ ]  新たに別の医薬品が処方された　[ ]  のむ量や回数を間違っていた[ ]  同じ医薬品が処方されていた　　　[ ]  自分で判断しのむのをやめた（理由：　　　　　　　　　　　　　）[ ]  処方日数が服用日数より多かった　[ ]  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 病院薬剤師記入欄次回再診予定日：　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　薬局への連絡：　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対応薬剤師：　　　　　　　　　　　　　 |

* **対象処方箋を添付して、富山県立中央病院薬剤部へFAXしてください。**

＜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**。

　　　緊急性のある問合せや疑義照会は、富山県立中央病院薬剤部へFAXの上、電話をお願いいたします。

（注：この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。）

2020年７月作成版