

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方箋に記載された残薬確認時の指示に基づいて対応した場合は、該当する処方箋もあわせて FAX してください

処方医 科 先生 御机下	保険薬局 名称（住所・電話番号・FAX 番号）
患者番号： 患者氏名： 様	担当薬剤師名：
☐ この情報を伝えることに對して患者の同意を得ています。 ☐ この情報を伝えることに對して患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われるので報告いたします。	

処方せんに基づき、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供内容（処方箋など別紙添付可）

- ☐ 残薬を含む処方薬剤の服用状況（必ず下欄に記入）
☐ 併用薬剤等（一般用医薬品、健康食品を含む）の情報
☐ 患者、家族または介護者からの情報（副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等）
☐ その他（ ）

残薬が生じた理由（複数回答可）

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ 使用忘れが積み重なった | ☐ 使用量や回数が間違っていた | ☐ 別医療機関で同じ医薬品が処方された |
| ☐ 処方数が実使用数より多かった | ☐ 自己判断による中断（理由： | ） |
| ☐ その他（ | | ） |

薬剤師からの提案事項（指導内容含む）

***** 病院記入欄 *****

- ☐ 内容を確認し、処方医に報告しました。
☐ その他（ ）

記入日： 年 月 日 記入者：

<注意>

この FAX による情報伝達は、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、通常通り薬剤部に FAX をお願いします。（疑義照会専用 FAX 06-6879-5989）