



トレーニングレポート（服薬情報提供書）

処方年月日 年 月 日 処方医 科 先生

患者名： (ID：)	保険薬局 名称・住所
患者からの同意 ☐ 得た ☐ 得ていない	TEL： FAX：
☐ 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。	担当薬剤師：

① 服薬状況と服薬アドヒアランス

管理方法： ☐ PTP ☐ 一包化 ☐ 配薬ケース/服薬カレンダー
服薬管理者（服薬支援者）：☐ 本人 ☐ 家族管理 ☐ 薬局薬剤師 ☐ 訪問看護師 ☐ その他（ ）
残薬の有無： ☐ なし ☐ あり ⇒ ありの場合、残薬調整等の内容を⑤その他に詳細を記載
飲み忘れ： ☐ 飲み忘れなし ☐ 月 2-3 回忘れる ☐ 週 2-3 回忘れる ☐ 週 3 回以上忘れる
飲み忘れる時： ☐ 食事をとらない時 ☐ 外出時 ☐ 飲んだかわからなくなった時 ☐ その他（ ）

② 身体所見 目標体重： kg

血圧： / mmHg 脈拍： 回/分 体重： kg ⇒ ☐ 自覚症状を伴う血圧低下・徐脈を認める

③ モニタリング項目

すぐに受診が必要な症状（レッドカード）	評価（ありの場合は発現時期を記載）	症状発現時期
起坐呼吸（横になると苦しいが座ると楽になる）	☐ なし ☐ あり	月 日頃から
安静時の息苦しさ・夜間咳嗽	☐ なし ☐ あり	月 日頃から
いつもより血圧がとても高い、または低い	☐ なし ☐ あり	月 日頃から
症状によって受診を考慮する症状（イエローカード）	評価（ありの場合は発現時期を記載）	症状発現時期
体重増加（1 週間程度で 2kg 以上の増加）	☐ なし ☐ あり	日間で + kg
浮腫	☐ なし ☐ あり	月 日頃から
労作時の息切れ	☐ なし ☐ あり	月 日頃から
食欲低下、食事量の低下	☐ なし ☐ あり	月 日頃から

④ セルフケアの実践状況

食事管理： ☐ 管理できている ☐ 管理できていない ☐ 管理する気がない
水分管理： ☐ 管理できている ☐ 管理できていない ☐ 管理する気がない
心不全・血圧手帳の記載： ☐ 記載できている ☐ 時々忘れる ☐ ほとんど書いていない ☐ 書いていない

⑤ その他（処方提案、相互作用、副作用・有害事象、治療上の悩みなど）

病院薬剤師記入欄

- ☐ トレーシングレポートの内容について確認し、カルテ記載を行いました
☐ トレーシングレポートの内容について、カルテ上の患者掲示板にて医師へ情報共有しました
☐ トレーシングレポートの内容について、カルテ上の患者掲示板にて医師へ処方変更の依頼をしました
☐ トレーシングレポートの内容について、カルテ上および直接、医師へ情報共有しました
☐ トレーシングレポートの内容について、カルテ上および直接、医師へ処方変更の依頼をしました
※患者掲示板とは、カルテを開いた際に最初に表示される画面であり、医療者間で情報共有に使用するものです

【特記事項】

次回外来： 対応薬剤師：

FAX 送信： CDS 取り込み： カルテ入力①： カルテ入力②：

<注意> この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、昭和医科大学江東豊洲病院（薬剤部）Fax にてご確認ください。