昭和大学横浜市北部病院　薬剤部　　保険薬局 → 昭和大学横浜市北部病院　薬剤部

FAX：045-949-7083

トレーシングレポート（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	
☐ 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。	TEL：　　FAX： 担当薬剤師：

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） ☐ 処方内容に関連した提案　☐ 服薬状況 ☐ 残薬調整に関する情報提供　☐ 副作用 ☐ その他（　　） **＊がん化学療法に関することは、専用トレーシングレポートを使用して下さい**

情報提供・提案内容（※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入すること）

☐ （変更 or 中止　or 追加）を提案します。

※ 残薬が生じた理由（複数選択可）

☐ 飲み忘れが積み重なった　☐ 新たに別の医薬品が処方された　☐ 飲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　☐ 自分で判断し飲むのをやめた（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

次回外来：　　薬局への連絡：　　月　　日

対応薬剤師：

＜注意＞　このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

緊急性を要する場合は、疑義照会の運用で問合せしてください