

トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方医 先生 御机下	科	保険薬局 名称・住所	
処方箋発行日 (西暦)	年 月 日		
患者ID		(0 7 4 3)	(0 7 4 3)
生 年 月 日	年 月 日	TEL:	FAX:
		担当薬剤師	

- この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。
- この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付いたしました。 下記の通り、ご報告いたします。

【報告事項】

- 残薬調整等、日数・処方量の変更
- 剤形・規格変更等
- 用法変更・追加
- 半錠・粉碎・混合・一包化
- 服薬状況
- 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)
- 抗がん剤の適正使用
- 処方内容に関連した提案
- その他 ()

薬剤師からの情報提供・提案事項・残薬調整した内容

残薬が生じた理由 (複数選択可)

- 飲み忘れが積み重なった
- 飲む量や回数を間違っていた
- 処方日数が服用日数より多かった
- 新たに別の医薬品が処方された
- 自分で判断し飲むのをやめた(理由:)
- その他 ()
- 同じ医薬品が処方されていた

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。
- プロトコルに従い、調剤内容を一部変更しました。(一包化・剤形変更など)
- その他 ()

※ 残薬を回避するための医師への提案

- (変更 or 中止) を提案します。 (理由/提案内容:)
- その他 ()

《注意》 トレーシングレポートによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

(天理よろづ相談所病院・天理市薬剤師会規定様式)