



保険調剤薬局 → 糸魚川総合病院 医事課 → カルテへ

FAX : 025-552-3455 または 医事課窓口へ直接手渡し

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

担当医 _____ 科 _____ 先生 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID :		保険薬局 名称・住所	
患者名 :			
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	TEL :	FAX :
<input type="checkbox"/> 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 :	
生年月日		処方箋発行日	
調剤日		次回受診予定日	

分類	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 副作用
	<input type="checkbox"/> 併用薬剤等	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案	
	<input type="checkbox"/> 患者の訴えに関する情報	<input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供	
	<input type="checkbox"/> 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）		
	<input type="checkbox"/> 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」を記入すること）

（変更 or 中止 or 追加）を提案します。

※ 残薬調整の場合（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（ _____ ）

<薬剤師からみた情報提供の必要性>

<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、糸魚川総合病院 各科外来にてご確認ください。