



トレーシングレポート (服薬情報提供書)

情報提供日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	TEL :	
<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。		FAX :	
		E-mail :	
		担当薬剤師 :	

項 目	<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"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
-----	--

情報提供内容 (※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」へ記入して下さい)

(変更 or 中止 or 追加) を提案します。

※ 残薬が生じた理由を チェックして下さい (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 服薬の用法を間違っていた
 同じ医薬品が処方されていた 自己判断により服薬を中止した
 処方日数が服用日数より多かった その他 (_____)
 (備考 : _____)

※ 残薬を回避するための対応 (必須)

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 : _____

<ご注意> この FAX による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**

☞ 緊急性の高いご連絡は、がん研有明病院薬剤部・疑義照会用の回線をご使用ください。