



Fax : 賛育会病院薬剤科 03-3621-1531

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

賛育会病院 御中

報告日： 年 月 日

添付資料 無 有（ 枚：この用紙を含む）

処方医 科 先生	保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号）
患者 ID : 患者氏名 : 生年月日 : 年 月 日	担当薬剤師名 : ㊞
この情報を伝えることに対して患者の同意を、 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われまますのでご報告いたします。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。服薬情報について下記の通りご報告いたします。

処方箋発行日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
報 告 内 容	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー等） <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 他院処方（重複、相互作用） <input type="checkbox"/> 副作用（重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 経口抗がん剤 <input type="checkbox"/> 手技：自己注射 <input type="checkbox"/> 手技：吸入薬 <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> その他（ ）
	情報提供・提案事項
	残薬について 薬品名： 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ ） 残薬を回避するための対応 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他（ ）

《病院記入欄》 情報提供ありがとうございます。

報告内容を確認し、主治医へ報告しました。

次回より提案通りの内容に変更します。

提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。

その他

病院名： 賛育会病院 薬剤科

返信日： 年 月 日 記入者： ㊞