# **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、 □得た  □得ておりませんが、治療上重要だと思われ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 | □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）  □服薬状況　　　　　　　　 □他院処方（重複、相互作用） □副作用（重篤でないもの）  □経口抗がん剤　　　　　 　□手技：自己注射　 □手技：吸入薬  □オピオイド　　　　　　　 □その他(　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 情報提供・提案事項 | |
| 残薬について  薬品名：  　《理由》□飲み忘れ　□重複　□自己判断　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  残薬を回避するための対応  □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： |