

＜注意＞ このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。  
疑義照会や緊急性のある問い合わせは、処方医師・診療科へ電話にて確認をお願いします。

## トレーシングレポート（服薬情報提供書）

※がん化学療法に関するレポートは別書式がありますのでそちらをご利用ください。

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。

◆ 診療科\_\_\_\_科 処方医師\_\_\_\_先生 処方箋発行日\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

患者 ID:	保険薬局名称
患者名:	
生年月日:	
所在地	電話番号 FAX 番号 担当薬剤師
情報提供に関して患者からの同意	
<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上必要だと考えられるため報告致します。	

報告 ・ 提案 内 容	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 ※下記より理由を選択し、“残薬に対し行った対応”を記入すること <input type="checkbox"/> 飲み忘れが重なった <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 自己の判断で飲むのをやめた <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他 ( )	<<残薬に対し行った対応>>	
	<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"/> 副作用（重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 薬剤使用手技関する事項（吸入器・自己注） <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"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> オピオイドに関する情報提供
	【情報提供内容詳細】		
	【提案内容】		

### 【返信欄】 病院薬剤師記入

貴重な情報提供ありがとうございます。

報告頂いた内容を処方医へ情報提供致しました。

年 月 日 対応薬剤師：