

# トレーシングレポート（服薬情報提供書）《久留米版》 Ver.1

\_\_\_\_\_ 御中

報告日： 年 月 日  
( 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)
患者氏名： (患者番号： ) 生年月日： 年 月 日	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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われるのでご報告いたします。</span>	

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									
報 告 内 容	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> 薬剤継続の必要性について (ポリファーマシー等)</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> 副作用</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 他院併用薬 (重複、相互作用)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 患者の訴え</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 手 技 ( <input type="checkbox"/> 自己注射、 <input type="checkbox"/> 吸入薬、 <input type="checkbox"/> その他 )</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 薬剤に関する提案</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 抗がん剤 (副作用報告は専用のTRに記入)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 薬剤継続の必要性について (ポリファーマシー等)	<input type="checkbox"/> 副作用	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 他院併用薬 (重複、相互作用)	<input type="checkbox"/> 患者の訴え	<input type="checkbox"/> 手 技 ( <input type="checkbox"/> 自己注射、 <input type="checkbox"/> 吸入薬、 <input type="checkbox"/> その他 )	<input type="checkbox"/> 薬剤に関する提案	<input type="checkbox"/> 抗がん剤 (副作用報告は専用のTRに記入)	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 薬剤継続の必要性について (ポリファーマシー等)	<input type="checkbox"/> 副作用							
	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 他院併用薬 (重複、相互作用)	<input type="checkbox"/> 患者の訴え							
<input type="checkbox"/> 手 技 ( <input type="checkbox"/> 自己注射、 <input type="checkbox"/> 吸入薬、 <input type="checkbox"/> その他 )	<input type="checkbox"/> 薬剤に関する提案								
<input type="checkbox"/> 抗がん剤 (副作用報告は専用のTRに記入)	<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"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 薬品名 ( ) 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 薬品名 ( ) 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 残薬の理由と指導内容									
添付資料 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									

《医師返信欄》 情報提供ありがとうございます。

報告内容を確認しました。

次回より提案された内容に変更します。

提案の意図は理解しましたが、現状のまま経過観察します。

次回診察時に検討いたします。

以下のように対応します。

返信日： 年 月 日 医師名：