# **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）  薬剤師名 |
| 患者氏名：　　　　　　　（患者番号：　　　　）  生年月日：　　　　年　　　月　　　日 |
| 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。 | |

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 | □薬剤継続の必要性について（ポリファーマシー等） 　　□副作用  □服薬状況　　　　□他院併用薬（重複、相互作用） □患者の訴え  □手　　技（ □自己注射、 □吸入薬、 □その他 ）　　 □薬剤に関する提案  □抗がん剤　（副作用報告は専用のT Rに記入） 　　 　 □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　□自己判断　□その他(　　　　　　　 )  薬品名（　　　　　　　　　　）　《理由》□飲み忘れ　□自己判断　□その他(　　　　　 　　)  薬品名（　　　　　　　　　　）　《理由》□飲み忘れ　□自己判断　□その他(　　　　 　　　)  残薬の理由と指導内容 | |
|  | 添付資料　□無　□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： |