

### 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方年月日 令和 年 月 日 処方医 科 先生

患者名:	患者ID	保険薬局 名称・住所	
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない			
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を希望していませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。		TEL:	FAX:
		担当薬剤師:	
基本情報	在宅での服薬管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他( )		
	投与経路 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(経鼻・胃瘻・食道瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> HPN		
	調剤方法 <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他( )		
	アドヒアランス <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> よく忘れる(不良) <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他( )		
分類	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供	<input type="checkbox"/> 服薬状況	
	<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"/> 副作用	
	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案	<input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供		

情報提供・提案内容 (※残薬調整の場合は、下欄の「理由」と「対応」を記入してください。)

変更  中止  追加 を提案します。

※残薬が生じた理由(複数選択可)

- 飲み忘れが積み重なった
- 新たに別の医薬品が処方された
- 飲む量や回数を間違っていた
- 同じ医薬品が処方されていた
- 自分で判断し服用を調節・中止した(理由: )
- 処方日数が服用日数より多かった
- その他( )

※残薬を回避するための対応(必ず選択してください)

- 適切な服薬に向けて意義や重要性を指導しました。
- その他( )

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は、神戸市立医療センター中央市民病院(薬剤部)に直接お電話ください。(代表TEL:078-302-4321)

#### 病院記入欄

カルテ確認日:令和 年 月 日(受診日:令和 年 月 日) 対応薬剤師: \_\_\_\_\_

ご提案に対する処方変更等はありませんでした。

(その理由: \_\_\_\_\_)

ご提案により処方変更等が行われましたので、お手数ですがその後の患者状況を以下にてお知らせください。

次回受診予定日:令和 年 月 日

#### 保険薬局返信欄

- 薬物有害事象が回避できた
  - 減薬できた
  - コストが削減できた
  - 症状が改善した
  - アドヒアランスが向上した
  - その他
- (複数回答可)

(具体的に記載してください。)