



服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

〔注意!!〕このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

緊急性の高い問い合わせや疑義照会は処方箋右側記載通りの方法でお願いします。 報告日: 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------|----|-------|----|--|
| 診療科 | 保険薬局(店舗名)名称・住所・TEL・FAX | | | | |
| 処方医 | | | | | |
| ID番号 <small>※備考欄 10桁数字</small> | | | | | |
| ふりがな | | | | | |
| 患者氏名 | FAX () - | | 担当薬剤師 | | |
| | ☎ () - | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 | 性別 | |

※ 処方変更があることに対して、患者さんから同意を 取得しました(有)。 取得していません(無)。
 取得していないが、治療上重要と考えられる為、報告致します。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。下記の通り、ご報告すべき点がございましたら高配賜りますようお願い申し上げます。

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 聴取日 | 年 月 日 () | 対応者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | <input type="checkbox"/> 投薬時(調剤時) | <input type="checkbox"/> 患者さんから薬局への問い合わせ | <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 | | |
| 処方箋発行年月日 | 年 月 日 () | 次回来院 診察予約 | 年 月 日 () | | |
| 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"/> 経管投与(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 食道瘻) <input type="checkbox"/> HPN | | | |
| | 調剤方法 | <input type="checkbox"/> PTPシート <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"/> 家族、介護側要望 <input type="checkbox"/> 自己注射、吸入器の手技 <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(ポリファーマシー) <input type="checkbox"/> 服薬状況(保管状況) <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 | | | | |
| | <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(軽微で緊急性を要しない) <input type="checkbox"/> OTC、サプリメント | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 他院の併用薬情報 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 情報提供、提案内容 | <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 追加 することを提案致します。※残薬調整の場合は下記欄の「理由」と「対応」を記入下さい。 | | | | |
| ■ 残薬が生じた理由 (複数選択可) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 同じ医薬品が処方されていた <input type="checkbox"/> 自分で判断し服用を調節・中止した(理由:) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| ■ 残薬を回避するための対応 (必ず選択回答) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> プロトコルに従い、調剤内容を一部変更しました(一包化、剤形変更など) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて意義や重要性を指導しました。 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |

【病院記入 返信欄 (病院 → 薬局)】

報告内容を確認致しました。(報告、提案内容を医師へ伝達いたしました)

提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察致します

次回から提案通りの内容に変更致します。

提案の内容を考慮し、以下のように対応致します。

| | |
|-----|-------|
| 報告日 | 年 月 日 |
| 薬剤師 | |

(具体的に記載)

【薬局記入 返信欄 (薬局 → 病院)】

症状が改善した

有害事象が回避出来た

コスト削減が出来た

減薬ができた

アドヒアランス向上した

その他 ()