



トレーシングレポート（服薬情報提供書）《広島県版》 Ver.2



御中

報告日： 年 月 日

添付資料 ☐無 ☐有（ 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）
患者番号： 患者氏名： 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、 ☐ 得た ☐ 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。	

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。

処方箋発行日： 年 月 日	調剤日： 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） ☐ 服薬状況 ☐ リフィル処方箋 ☐ 副作用（重篤でないもの） ☐ 他院処方（重複、相互作用） ☐ 抗がん剤（ ☐ 経 口、 ☐ 注 射 ） ☐ オピオイド ☐ 手 技（ ☐ 自己注射、 ☐ 吸入薬、 ☐ その他 ） ☐ その他（ ）
	情報提供・提案事項
	残薬について（複数回答可） 薬品名（ ） 《理由》 ☐ 飲み忘れ ☐ 重複 ☐ 自己判断 ☐ その他（ ） 薬品名（ ） 《理由》 ☐ 飲み忘れ ☐ 重複 ☐ 自己判断 ☐ その他（ ） 薬品名（ ） 《理由》 ☐ 飲み忘れ ☐ 重複 ☐ 自己判断 ☐ その他（ ） 残薬を回避するための対応 ☐ 適切な服薬に向けて、意義や重要性について指導しました。 ☐ その他（ ）

病院への情報提供依頼（患者の同意有の時のみ）

☐検査値 ☐病名 ☐プロトコール ☐その他（ ）

《医療機関記入欄》 情報提供ありがとうございます。

☐報告内容を確認し、処方医へ報告しました。

☐次回より提案に沿った内容に変更します。

☐提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。

☐その他

医療機関名：

FAX 番号：

返信日： 年 月 日 記 入 者：