



トレーシングレポート(服薬情報提供書)

担当医: 精神科医 _____ 先生 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID: 患者名: (生年月日: 年 月 日)	保険薬局 名称・住所
患者又は代諾者から の同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄:	TEL: FAX:
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し、患者の同意を得ておりませんが、治療上必要と考えられるため報告いたします。	担当薬剤師: 印

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。(処方箋発行日: 年 月 日)
下記の通り、ご報告すべき点がございましたので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案	<input type="checkbox"/> 患者の訴え(アレルギー情報等も含む)
	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案(上記の減薬以外)	<input type="checkbox"/> 副作用発現もしくは疑い
	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメントに関する情報
	<input type="checkbox"/> 医薬品(後発品へ)の変更連絡(前: _____ →後: _____)	
	<input type="checkbox"/> 服薬状況(アドヒアランス)とそれに関する指導内容	<input type="checkbox"/> 1 包化依頼
	<input type="checkbox"/> その他(具体的: _____)	

【上記選択肢の詳細な内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】

[送信での添付資料] あり()枚 なし [返信希望(ある場合)] あり

<返信欄(病院使用欄)>

- 報告内容を確認しました。
 次回から提案通りに変更します。
 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。

病院名: 医療法人徳洲会 横浜日野病院

所属: 医局 薬剤部

返信日: 年 月 日 氏名:

(医師・薬剤師・その他())