



トレーシングレポート（服薬情報提供書）《広島県版》 Ver.2



脳神経センター大田記念病院 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） ●●●薬局
患者番号： ●●●	福山市●●町 1-2-3
患者氏名： ●●●	電話：084-123-4567 FAX：084-123-4568
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、 <input checked="" type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 薬剤継続の必要性について（ポリファーマシー等） <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> リフィル処方箋 <input type="checkbox"/> 副作用（重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 他院処方（重複、相互作用） <input type="checkbox"/> 抗がん剤（ <input type="checkbox"/> 経口、 <input type="checkbox"/> 注射） <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> 手技（ <input type="checkbox"/> 自己注射、 <input type="checkbox"/> 吸入薬、 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<b>情報提供・提案事項</b> 別紙参照：入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書(薬局→医療機関)
	<b>残薬について（複数回答可）</b> 薬品名（ ） 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ ） 薬品名（ ） 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ ） 薬品名（ ） 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他（ ） <b>残薬を回避するための対応</b> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<b>病院への情報提供依頼(患者の同意有の時のみ)</b> <input type="checkbox"/> 検査値 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> プロトコール <input type="checkbox"/> 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：