神戸労災病院　医事課　FAX：**078-242-5382**　　　　　　　　　保険薬局　→　医事課　→　処方医師

|  |
| --- |
| 【注意】このFAXでの情報伝達は疑義照会ではありません。緊急を要する連絡には使用しないでください。 |

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

報告日　　　年　　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医師：　　　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　先生御侍史 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | TEL：　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| この情報を伝えることに対する患者の同意  □得た　　　　　　　　　□得ていない | □　患者は処方医師への報告を拒否していますが、  治療上重要だと考えられるので報告します。 | |

（　　　　　科　　　　月　　　日）の処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| □継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー等）  □経口抗がん剤の適正使用に関する情報提供  □残薬調整に関する情報提供　　　　　　　　　　　　□　服薬状況  □処方内容に関連した提案　　　　　　　　　　　 　□　副作用  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容（※残薬調整の場合は下欄の理由と対応を記入すること）   * 次頁に処方箋をFAXいたします。                 □変更　□中止　□追加　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）を  提案いたします。 |
| ※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　　□服用回数や量が間違っていた  　□処方日数が服用日数より多かった  　□同じ医薬品が処方されていた（処方元：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□自己判断で服用をやめた（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □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について指導しました  　□疑義照会を行い、調剤内容を一部変更しました（一包化・剤型変更など）  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |