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（　　）