FAX：0855-22-3680

社会医療法人清和会　西川病院　薬剤科宛 　　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局⇒薬剤科⇒処方医

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　先生侍史

保険薬局名

報告薬剤師名

電話番号　　　　　　　　 　FAX番号

処方箋発行日 　　年　 月 　日 　　報告日 　年 　月 　日

【注意事項】

このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

緊急性のある場合は、通常通り疑義紹介を行って下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※IDは院外処方せんの左上に記載があります

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名・ID | 患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　ID：  患者同意  □　得ています  □　同意は得ていませんが、治療上重要だと考えられるため報告いたします |
| 分類 | □ 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  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 残薬が生じた  理由  （複数選択可） | * 飲み忘れが積み重なった   飲み忘れが多い用法がある（例：昼食後が余る　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * 飲む量や回数を間違えていた * 自己判断で服薬を中止していた * 処方日数が服用日数より多かった * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医師への提案 | ※以下の通り提案いたします。ご検討頂きますようよろしくお願いいたします。 |