# **トレーシングレポート（服薬情報提供書）＜一般用＞**

　稲城市立病院　御中（医療機関名）　　　**FAX 042-377-1032** 　　 報告日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　医師 | | | 保険薬局名、連絡先（TEL、FAX）、住所  担当薬剤師名： |
| 患者氏名：  (患者ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  生年月日：　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 情報提供  の同意 | 患者又は代諾者の同意を | □ 得ている（代諾者続柄：　　　　 ）  □ 得ておりませんが、治療上重要だと思われます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。（処方箋受付日：　　年　　月　　日）

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告内容の分類 | □ ポリファーマシーに伴う減薬の提案　　　　　　 □ 患者の訴え（アレルギー情報等も含む）  □ 処方内容に関連した提案（上記の減薬以外）　　　□ 副作用発現もしくは疑い  □ 残薬調整に関する情報 　　　 　　　　　　　　 □ OTC・サプリメントに関する情報  □ 吸入・自己注射等の手技確認  □ 服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容  □ その他（具体的記載：　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| ＜上記についての詳細内容＞ | |

|  |
| --- |
| ＜薬剤師としての意見・提案内容＞ |

[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：  所 属 :  　　　返信日：　　　年　　　月　　　日　　　　　　氏　名：    （医師 ・ 薬剤師 ・ その他（　　　　　 　　　）） |