

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医に報告すべき即時性の低い情報については、当連絡票に記入の上、香川県立中央病院薬剤部までFAXにてご送付ください。

処方医

科

先生 御机下

薬剤部受領

患者ID		保険薬局名	
患者氏名		保険薬局 電話/FAX番号	
処方せん 交付日	年 月 日	薬剤師名	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。服薬状況について下記の通り報告いたします。

分類	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供 <input type="checkbox"/> 他院処方(重複、相互作用) <input type="checkbox"/> 副作用(重篤でないもの) <input type="checkbox"/> 外来がん化学療法(レジメン)関連【特定薬剤管理指導加算2】 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 服薬状況(残薬状況*) <input type="checkbox"/> 手技(自己注射、吸入薬)
<input type="checkbox"/> 「残薬調整後の報告可」の指示に基づき、減数調剤を実施	処方せんに「残薬調整後の報告可」の記載があった場合は、実物を確認の上調剤後、調整内容を記入し、FAXしてください。特に、アドヒアランス不良の場合は詳細な情報提供をお願いします。	
*残薬が生じた理由(複数選択可)		
<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 自己判断で飲むのをやめた		
<input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> その他()		
薬剤師から処方医への情報提供・提案事項		

【病院記入欄】

- 報告内容を確認しました。
 報告・提案内容を医師へ伝えました。(※必ずしも提案どおりに変更されるとは限りません)
 処方医からのコメント

 その他

記入日： 年 月 日 記入者：

 カルテへ記載済

【注意】トレーシングレポートによる情報提供は疑義照会ではありません。処方箋内容に関して疑問や不明点がある場合は、従来どおり疑義照会を行って下さい。

TEL番号：(087)-811-3333(代)

各種問い合わせ先

- ①処方内容(診療、調剤に関する疑義・質疑など)：各診療科
- ②保険関係(保険者番号、公費負担など)：医事課外来(内線2110)
- ③疑義照会簡略化プロトコル・トレーシングレポートに関すること：薬剤部 DI担当(内線5829)
- ④外来がん化学療法(レジメン)内容に関すること：薬剤部 がん担当(内線5803)