



トレーシングレポート(服薬情報提供書)・残薬調整結果報告書

処方医: _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 20__年__月__日

I D: _____		羽島薬剤師会へのプロトコル委任状(提出済・未)
患者名: _____ (生年月日: _____年__月__日)		受付保険薬局情報 (名称、所在地、電話番号、FAX 番号)
患者又は代諾者 からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄:	担当薬剤師名: _____
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、 治療上重要と考えられるため報告いたします。		

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。服薬情報について下記の通りご報告いたします。

処方箋交付日: 20__年__月__日	調剤日: 20__年__月__日
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(ポリファーマシー) <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供(下欄の◆の項目を記入して下さい) <input type="checkbox"/> その他
● 薬剤師からの情報提供・提案内容 <input checked="" type="checkbox"/> 次頁に処方箋を FAX 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 飲む量や回数を間違っていた
 同じ医薬品が処方されていた 自分で判断し飲むのをやめた(理由: _____)
 処方日数が服用日数より多かった 外出・仕事で飲めなかった その他(_____)

◆ 残薬を回避するための対応(必ず記載してください)

◆ 医師への提案

(変更 or 中止)を提案します。(理由/提案内容: _____)
 その他(_____)

-----<以下病院回答欄>-----

<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。(スキャナで取り込みました。) <input type="checkbox"/> 報告内容を医師へ伝えました。(カルテ記載も含む) <input type="checkbox"/> 提案内容を医師へ伝えました。(※必ずしも提案通りに変更されるとは限りません。) <input type="checkbox"/> 残薬調整の報告の通りに処方内容を変更しました。 <input type="checkbox"/> その他(_____)							
確認者	医師		薬剤師	処理日	月	日	処理者