



東京歯科大学市川総合病院 薬剤部 FAX : 047-324-8560

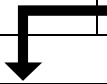
※FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医： _____ 科 _____ 先生 御机下

報告日		保険薬局名	
患者 ID		住所	
患者名		電話番号	
患者からの同意		FAX 番号	
<input type="checkbox"/> 患者、家族等より同意を得ました		担当薬剤師	
<input type="checkbox"/> 患者、家族等より同意を得ていませんが、必要と思われるので報告致します			

分類	<input type="checkbox"/> 服薬状況についての報告	<input type="checkbox"/> 緊急性の低い副作用、副作用と思われる事象に関する報告
	<input type="checkbox"/> 患者からの要望	<input type="checkbox"/> 緊急性の低い処方提案
	<input type="checkbox"/> 薬剤重複に関する情報提供	<input type="checkbox"/> がん薬物療法についての報告
	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供	<input type="checkbox"/> その他 (_____)



※緊急性の高いお問い合わせは疑義照会として電話にてご確認ください

残薬が生じた理由	
<input type="checkbox"/> 飲み忘れが重なった	<input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった
<input type="checkbox"/> 用法・用量を間違った	<input type="checkbox"/> 他院より同じ薬剤、同種・同効薬が処方されていた
<input type="checkbox"/> 自己判断で中止	<input type="checkbox"/> その他 (_____)

<p>薬剤師からの報告事項、情報提供、提案内容、残薬調整の場合は対応等を記載してください。</p>

<p>その他</p>

運用の流れ： 保険薬局 ➡ 薬剤部 ➡ 処方医

医師 確認印	
-----------	--

 ➡ 薬剤部 (DI 室)

2020年6月16日 第一版作成