



服薬状況提供書(トレーシングレポート)《広島県版》 Ver. 1



公立学校共済組合

中国中央病院 御中

報告日： 年 月 日

添付資料 無 有 (枚：この用紙を含む)

処方医 科 先生	保険薬局 名称 (所在地・電話番号・FAX 番号)
患者番号： 患者氏名： 生年月日： 年 月 日	担当薬剤師名： Ⓜ
この情報を伝えることに対して患者の同意を、 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われる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。服薬情報について下記の通りご報告いたします。

処方箋発行日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
報 告 内 容	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供 (ポリファーマシー等) <input type="checkbox"/> 服薬状況 <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"/> 経口抗がん剤 <input type="checkbox"/> 手技：自己注射 <input type="checkbox"/> 手技：吸入薬 <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> その他()
	<u>情報提供・提案事項</u>
	残薬について (複数回答可) 薬品名 () 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他() 薬品名 () 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他() 薬品名 () 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 重複 <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他() 残薬を回避するための対応 <input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて、意義や重要性について指導しました。 <input type="checkbox"/> その他()

病院への情報提供依頼(患者の同意有の時のみ)
<input type="checkbox"/> 検査値 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> プロトコール <input type="checkbox"/> その他()

《病院記入欄》 情報提供ありがとうございます。 <input type="checkbox"/> 報告内容を確認し、主治医へ報告しました。 <input type="checkbox"/> 次回より提案通りの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。 <input type="checkbox"/> その他
病院名：公立学校共済組合中国中央病院 返信日： 年 月 日 記入者： Ⓜ

FAX 送信先 084-970-2125 (薬剤部)