



保険調剤薬局 → 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター

茨城県厚生連 総合病院 水戸協同病院

薬剤部

FAX : 029-224-8884

透析患者トレーシングレポート (服薬情報提供書)

担当医 _____ 科 _____ 先生 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID :	保険薬局 名称・住所	
患者名 :		
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	TEL : _____ FAX : _____
<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。		担当薬剤師 :

分類	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 服薬状況
	<input type="checkbox"/> 副作用	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案
	<input type="checkbox"/> 他医療機関の処方情報	<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"/> 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"/> その他 (_____)	

情報提供・提案内容 (※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入すること)

(変更 or 中止 or 追加) を提案します。

処方年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 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 その他 (_____)

※ 残薬を回避するための対応 (必ず選択してください)

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。

その他 (_____)

<注意> この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、水戸協同病院薬剤部または腎センターにてご確認ください。