



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

茨城厚生連 総合病院 水戸協同病院 保険薬局⇒薬剤部⇒処方医

FAX : 029-224-8884

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 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID : 患者名 :		保健薬局 名称・住所	
報告の同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない(下記)	TEL:	FAX:
<input type="checkbox"/> 同意はないが治療上必要と判断し報告します。		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"/> その他	<input type="checkbox"/> 服薬状況	
<p>※ 残薬が生じた理由(複数選択可)</p> <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 新たに別の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"/> 同じ医薬品が処方されていた <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた(理由: _____) <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった <input type="checkbox"/> 服用していましたが入院などにより残薬が生じてしまった <input type="checkbox"/> その他			
<p>※ 残薬を回避するための対応(必ず選択してください)</p> <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"/> 自宅に残薬がある可能性あり。在宅管理を推奨します。 <input type="checkbox"/> 調剤薬局で残薬調整することを説明しました。 <input type="checkbox"/> その他			
<p>医師への提案、情報共有事項</p> <input type="checkbox"/> (変更・中止)を提案します。⇒(理由/提案内容) <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 処方箋を添付しました		処方年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある疑義照会は、従来通りのFAXまたはTELにてお願いします。2022年5月 作成