



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

薬剤部

FAX : 029-224-8884

透析患者用トレーシングレポート（服薬情報提供書）

担当医 腎臓内科 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	TEL:	FAX:
<input type="checkbox"/> 居宅または在宅管理を推奨します。		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"/> 入院などにより、服用していましたが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			
情報共有			
<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。

返信は、4日以内をお願いします。

2020年7月 作成