**トレーシングレポート（服薬状況等　提供書）**

飯田市立病院　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　　　　　科　　　　　　　先生 | 保険薬局　名称（所在地・電話番号・FAX番号）  担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　印  自筆の場合は印不要 |
| 患者番号：  患者氏名：  生年月日：  性　　別：　男　・　女 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を  □得た  　　　　　　　　　　　　　□得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方発行日：　　　　　年　　月　　日 | | 調剤日：　　　　　年　　月　　日 |
| 報  告  内  容 | □ 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）  □ 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供　　□ 服薬状況  □ 残薬調整に関する情報提供　　　　　　　　　□ 副作用（重篤ではない）  □ 処方内容に関連した提案　　　　　　　　　　□ 他院処方（重複、相互作用）  □ 手技：（自己注射吸入　等）　　　　　　 □ その他（ 　　　　　　　　　　） | |
| 情報提供・提案事項（※ 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。 | |
| ※ 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

添付資料　□有　・　□無　（　　枚：この用紙を含まない）

|  |
| --- |
| 《薬剤部》□報告内容を確認し、主治医へ報告しました。  《主治医記入欄》情報提供ありがとうございます。  □ 次回より提案内容を考慮し、変更します。   * 提案内容の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。 * その他：     飯田市立病院　　　　　　　科　　医師名：　　　　　　　　　　　記入日：　　　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。**緊急性のある問い合わせや疑義照会は、飯田市立病院（薬剤部）TEL：0265-21-1255にてご確認ください。

**FAX送信先：０２６５－２１－１２８５（薬剤科）**