

送信先:大森赤十字病院医事課

FAX 番号 03-3775-3281

FAX の流れ:保険薬局 → 医事課 → 薬剤部 → 処方医

服薬情報トレーシングレポート

宛先 日本赤十字社東京都支部大森赤十字病院 御中

報告日: 年 月 日

処方年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 処方医 _____ 科 _____ 先生	発信元保険薬局の名称・所在地 薬局	
患者 ID: 患者名: (年 月 日生)	TEL : _____	FAX : _____
	担当薬剤師名 : _____ 印	

- ・この情報を伝えることに対して患者の同意を 得た。 得ていない。
- ・ 処方医への報告を拒否していますが、治療上重要だと考えられるので報告致します。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。
下記の通りご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供の分類 <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"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案事項 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> その他()
情報提供・提案内容
※残薬が生じた理由 <input type="checkbox"/> 飲み忘れが頻回である <input type="checkbox"/> 用法用量を間違えていた <input type="checkbox"/> 処方日数過剰の積み重ね <input type="checkbox"/> 自己判断で中断(理由: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)
※残薬回避するための対応 <input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて患者指導を実施 <input type="checkbox"/> その他(_____)

通信欄(内容に応じて返信致します)

有益な情報提供ありがとうございます。処方医と相談の上、以下の様に対応致します。	
病院側での対応内容	
薬局への連絡日 _____ 年 ____ 月 ____ 日	医師名 : _____ 対応薬剤師名 : _____

<注意> この服薬情報トレーシングレポートは、疑義照会ではありません。
疑義照会は従来通り処方医へ直接ご連絡ください。

2021年2月16日作成