聖隷佐倉市民病院　薬剤科
FAX：043-485-3720

保険薬局→□薬剤科→□処方医→□薬剤科（スキャン）

＜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当院薬剤科へFAXにてお願いします。

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

処方年月日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　　処方医＿＿＿＿科＿＿＿＿先生

患者名： （ID：　　） （生年月日：　　）	保険薬局 名称・住所 TEL： FAX： 担当薬剤師：
患者からの同意　□ 得た　□ 得ていない	
□ 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。	

分類	□ 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 □ 処方内容に関連した提案　□ 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）

□ 次頁に処方箋をFAXいたします

※ 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　□ 外出・仕事で飲めなかった
□ 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（　　）

返答欄（医師記入欄）

□　報告内容を確認しました。
□　提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　　医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（押印可）

2021年1月　作成