**トレーシングレポート（服薬情報提供書）＜一般用＞**

　東京科学大学病院　薬剤部行　 FAX:03-5803-0223 報告日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　医師 | | | 保険薬局名  連絡先（TEL、FAX）  住所  担当薬剤師名： |
| 患者氏名：  (患者ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  生年月日：　　　　年　　　月　　　日  処方箋発行日：　　　年　　　月　　　日 | | |
| 情報提供  の同意 | 患者又は代諾者の同意を | 得ている（代諾者続柄：　　　　 ）  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 | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。（処方箋受付日：　　　　年　　　　月　　　日）

下記の通り、ご報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告内容の分類 | ポリファーマシーに伴う減薬の提案　　　　　　  患者の訴え（アレルギー情報等も含む）  処方内容に関連した提案（上記の減薬以外）　　　 副作用発現もしくは疑い  残薬調整に関する情報　　　　　　　　　　　　　 OTC・サプリメントに関する情報  服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容  経過報告（モニタリング）（麻薬、ハイリスク薬、新規導入薬など　薬剤：　　　　　　 　）  その他（具体的記載：　　　　　　　　　　　　　　 ）  ※吸入指導の報告は、こちらの様式を使用していただかなくても構いません。 |
| ＜上記についての詳細内容＞ | |

|  |
| --- |
| ＜患者の認識、発言など＞ |

|  |
| --- |
| ＜薬剤師としての意見・提案内容＞ |

[送信での添付資料]　  あり（　　）枚  なし

※緊急性の高い内容（副作用など）、医師への確認事項、疑義照会は電話でのご連絡をお願いします。

※居宅療養管理指導報告は、**地域連携室（FAX：03-5803-0119）**へご連絡をお願いします。