

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）
患者氏名： (患者 ID:) 生年月日： 年 月 日 処方箋発行日： 年 月 日	住所 担当薬剤師名：
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る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。