保険薬局 → 天竜病院 薬剤科**FAX:053-583-1721**

**トレーシングレポート**

担当医　　　　　　科　　　　　　　　　先生　　　　　報告日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　　　ID: | 保険薬局名  TEL：　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師： |
| 患者からの同意  □ 得た  □ 得ていないが、治療上重要であるため報告します |

|  |
| --- |
| 選択項目   * 継続の必要性が乏しい薬剤について（ポリファーマシー）　□ 残薬調整について（※下欄の理由も記入） * 服薬状況について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□副作用について * 処方内容に関連した提案（一包化調剤）　　　　　　　　　□ 訪問薬剤管理指導指示の依頼 * その他（　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） |
| 情報提供・提案内容 |
| ※残薬が生じた理由（複数選択可）  　□ 飲み忘れが積み重なった　　　　　　□ 飲む量や回数を間違っていた  　□ 患者の自己判断で服用をやめていた（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 同じ医薬品が処方されていた　　　　□ 処方日数が服用日数より多かった  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

トレーシングレポートの返信は行っていません。

|  |
| --- |
| 備考欄 |

【注意】このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

緊急性のある、または回答が必要なお問い合わせは「処方内容問い合わせ票」での対応をお願いします。