# トレーシングレポート（服薬情報提供書）《久留米版》　Ver.1

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿御中　　報告日：　　年　　月　　日

（　　枚：この用紙を含む）

| | |
|---|---|
| 処方医　　科<br>先生 | 保険薬局　名称（所在地・電話番号・FAX 番号） |
| 患者氏名：　　（患者番号：　　）<br>生年月日：　　年　　月　　日 | 薬剤師名 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を、　□得た<br>□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。 | |

服薬情報について下記の通りご報告いたします。

| | | |
|---|---|---|
| 処方箋発行日：　　年　　月　　日 | | |
| 報告内容 | □薬剤継続の必要性について（ポリファーマシー等）　□副作用<br>□服薬状況　□他院併用薬（重複、相互作用）　□患者の訴え<br>□手　技（□自己注射、□吸入薬、□その他）　□薬剤に関する提案<br>□抗がん剤　（副作用報告は専用のＴＲに記入）　□その他（　　） | |
| | 情報提供・提案事項 | |
| | 残薬について<br>薬品名（　　）《理由》□飲み忘れ　□自己判断　□その他（　　）<br>薬品名（　　）《理由》□飲み忘れ　□自己判断　□その他（　　）<br>薬品名（　　）《理由》□飲み忘れ　□自己判断　□その他（　　）<br>残薬の理由と指導内容 | |
| | 添付資料　□無　□有 | |

---

《医師返信欄》　情報提供ありがとうございます。

□報告内容を確認しました。

□次回より提案された内容に変更します。

□提案の意図は理解しましたが、現状のまま経過観察します。

□次回診察時に検討いたします。

□以下のように対応します。

返信日：　　年　　月　　日　　医師名：