



FAX: 台東区立台東病院 薬剤室 03-3876-1065

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

台東区立台東病院 御中

報告日: 年 月 日

担当医	科 医師	保険薬局名、連絡先（TEL、FAX）、住所
患者氏名： (患者 ID:)		担当薬剤師名：
生年月日： 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。（処方箋交付日： 年 月 日）
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

報告	提案
☐ 副作用発現もしくは疑い ☐ 患者の訴え（アレルギー情報等も含む） ☐ 服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容 ☐ 残薬調整に関する情報 ☐ 吸入・自己注射等の手技確認 ☐ OTC・サプリメントに関する情報 ☐ その他（ ）	☐ ポリファーマシーに伴う減薬の 提案 ☐ 処方内容に関連した 提案 （減薬以外） ☐ その他の 提案 （ ）

<上記についての詳細内容>

<薬剤師としての意見・提案内容>

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。緊急性のある場合は通常通り疑義照会をお願い致します。

<返信欄（病院使用欄）> 貴重な情報提供をありがとうございます。

- ☐ 報告内容を確認しました。院内で共有致します（本書類は電子カルテに取り込みます）。
☐ 次回から提案通りに変更します。
☐ 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
☐ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。
☐ 次回受診時に、下記について相談するよう患者様にお伝え下さい。

返信日: 年 月 日

病院名: 台東区立台東病院

所 属:

氏 名:

(医師・薬剤師・その他())