



FAX:野田病院薬剤科 04-7129-3911

保険薬局 → 薬剤科 → 主治医

医療法人社団真療会野田病院薬剤科 行

報告日： 年 月 日

残薬調整に係る服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者 ID：	電話番号：
患者名：	FAX 番号：
	担当薬剤師名： 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告します。	

下記の通り、残薬を確認し日数調整を行ったので報告いたします。

処方日：
残薬調整した内容
残薬の理由（複数回答可） <input type="checkbox"/> 服用タイミングと生活リズムの不一致による飲み忘れ <input type="checkbox"/> 種類や量が多いため <input type="checkbox"/> 服用をやめても問題がないと自己判断したため <input type="checkbox"/> 処方日数と受診日の間隔のずれ <input type="checkbox"/> 服用方法を誤っていたため <input type="checkbox"/> 外出時、薬を持参するのを忘れたため <input type="checkbox"/> 他科もしくは別の医療機関で同じ薬が処方されたため（重複処方） <input type="checkbox"/> その他 ()
対策 <input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて意義や重要性について説明 <input type="checkbox"/> 調剤内容を一部変更（一包化・剤形変更など） <input type="checkbox"/> その他 ()
薬剤師としての提案事項

<注意>

- ・FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。
- ・処方削除の場合には、必ず疑義照会を行ってください。