保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

済生会宇都宮病院　薬剤部

FAX：028-626-5537

簡素化プロトコル

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医：　　　　　科　　　　　　　　　先生　　　　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者生年月日： | 保険薬局 名称保健薬局登録番号（**必須**）　No. TEL：担当薬剤師： |
| 患者又は代諾者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない代諾者続柄： |
| [ ]  患者は処方医への報告を拒否していますが、　 治療上重要と考えられるため報告いたします。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | [ ]  一包化の要・不要[ ]  投与日数の調整　　[ ]  用法/用量[ ]  残薬調整に関する情報提供　　[ ]  規格変更[ ]  類似剤形変更[ ]  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 情報提供・提案内容（※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」の記入をお願い致します）　[ ]  次頁に処方箋をFAXいたします。 |
| ★残薬が生じた理由 (複数選択可)[ ]  飲み忘れが積み重なった　　[ ]  新たに別の医薬品が処方された　　[ ]  飲む量や回数を間違っていた[ ]  同じ医薬品が処方されていた　　[ ]  自分で判断し飲むのをやめた (理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)[ ]  処方日数が服用日数より多かった　　[ ]  外出・仕事で飲めなかった[ ]  その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　★残薬を回避するための対応 (必ず選択してください)[ ]  適切な服薬に向けて意義や重要性について指導しました。[ ]  その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　★医師への提案[ ]  (変更 or 中止) を提案します。 (理由 / 提案内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)[ ]  その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

＜注意＞ このFAXによる伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません**。

緊急性のある場合は直接電話連絡をお願い致します。