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：  お薬手帳：　無 ・ 有 （紙媒体、　電子お薬手帳） | | 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 | 本人のみ  代諾者  本人と代諾者   * 代諾者の続柄： |
| 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 | １．一包化の要・不要　　　 　　５．類似剤形変更  　２．投与日数の調整　　　　 　６．用法/用量  　３．銘柄変更　　　　 　　 　　７．その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　４．規格変更、含有率違いの散剤へ変更 |
| 情報提供・提案内容（※ ２ -１．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。   * お薬手帳に変更内容（日数調整、削除）の旨を記載しました。   （日数調整に伴い、服用中止と誤認した事例が発生しております。手帳記載での理解度の向上に協力ください）  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 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| ★今回の説明対象者（あてはまる物にチェックして下さい）  □本人のみ　　□　本人と代諾者　　□代諾者のみ | |

＜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**。　　　　　　　済生会宇都宮病院

緊急性のある場合は直接電話連絡をお願い致します。　　　　　　　　　　　　2025年9月10日　改訂