

# トレーシングレポート（服薬情報提供書）＜一般用＞

社会医療法人社団順江会江東病院 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: ) 生年月日： 年 月 日	担当薬剤師名：
情報提供の同意	<input type="checkbox"/> 得ている（代諾者続柄：_____） <input type="checkbox"/> 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。（処方箋受付日： 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。

報告内容の分類	<input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案	<input type="checkbox"/> 患者の訴え（アレルギー情報等も含む）
	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案（上記の減薬以外）	<input type="checkbox"/> 副作用発現もしくは疑い
	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメントに関する情報
	<input type="checkbox"/> 吸入・自己注射等の手技確認	
	<input type="checkbox"/> 服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容	
	<input type="checkbox"/> その他（具体的記載：_____）	

<上記についての詳細内容>

<薬剤師としての意見・提案内容>

[送信での添付資料]  あり ( ) 枚  なし [返信希望 (ある場合)]  あり  
上記ご記入後、江東病院薬剤部 FAX 03-3683-4919 までお願いします。

<返信欄（病院使用欄）>

報告内容を確認しました。  
 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。

返信日： 年 月 日

病院名：  
所属：  
氏名：  
(医師・薬剤師・その他 ( ) )