



服薬状況提供書（トレーシングレポート）《広島県版》

Ver. 1



御中

報告日： 年 月 日

添付資料 ☐無 ☐有（ 枚：この用紙を含む）

処方医 科 先生	保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号）
患者番号： 患者氏名： 生年月日： 年 月 日	担当薬剤師名： ㊞
この情報を伝えることに対して患者の同意を、 ☐ 得た ☐ 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。服薬情報について下記の通りご報告いたします。

処方箋発行日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
報告内容	☐ 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー等） ☐ 服薬状況 ☐ 他院処方（重複、相互作用） ☐ 副作用（重篤でないもの） ☐ 経口抗がん剤 ☐ 手技：自己注射 ☐ 手技：吸入薬 ☐ オピオイド ☐ その他（ ）
	<u>情報提供・提案事項</u>
	残薬について（複数回答可） 薬品名（ ） 《理由》 ☐ 飲み忘れ ☐ 重複 ☐ 自己判断 ☐ その他（ ） 薬品名（ ） 《理由》 ☐ 飲み忘れ ☐ 重複 ☐ 自己判断 ☐ その他（ ） 薬品名（ ） 《理由》 ☐ 飲み忘れ ☐ 重複 ☐ 自己判断 ☐ その他（ ） 残薬を回避するための対応 ☐ 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（ ）

病院への情報提供依頼（患者の同意有の時のみ）☐検査値 ☐病名 ☐プロトコール ☐その他（ ）

《病院記入欄》 情報提供ありがとうございます。

☐報告内容を確認し、主治医へ報告しました。☐次回より提案通りの内容に変更します。☐提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。☐その他

病院名：

返信日： 年 月 日

記入者：

㊞