

御中

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

| | |
|---|--------------|
| 主治医 科 先生 御机下 | 保険薬局 名称・所在地 |
| 処方日：令和 年 月 日 | 調剤日：令和 年 月 日 |
| 患者 ID： | 電話番号： |
| 患者名： | FAX番号： |
| | 担当薬剤師： ⑩ |
| この情報を伝えることに関して患者の同意を <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いたします。 | |

いつもお世話になっております。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付をいたしました。

下記のとお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。

【所見】

【薬剤師としての提案事項】

※本紙による情報提供は疑義照会ではありません

御中

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医
報告日： 年 月 日

外来がん薬物療法に関する服薬情報提供書（トレーシングレポート）

| | |
|--|-------------|
| 担当医 科 先生 御机下 | 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 : |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ています。 | |

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。

| | | | |
|--------|------------------------------|--|--|
| 聞き取り状況 | 年 月 日 | 対応者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | <input type="checkbox"/> 調剤時 | <input type="checkbox"/> 患者さんから薬局への問い合わせ | <input type="checkbox"/> その他 () |

《服薬状況（服薬不遵守、副作用による残薬など）》

| 主な副作用 | 発現状況 | | 詳細 |
|---------|-----------------------------|--------------------------------------|----|
| 食欲不振 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 悪心 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 嘔吐 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 口内炎 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 味覚異常 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 下痢 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 便秘 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 倦怠感 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 疼痛 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 皮疹 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 爪の変化 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| 浮腫 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| しびれ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |
| その他 () | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (Grade) | |

《提案内容 上記に対する提案など》

<注意>FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り FAX にてお願いします。

病院 御中

年 月 日

【 退院時薬剤情報提供書の返書（トレーシングレポート） 】

（入院していた医療機関へ退院後の患者さんの状況を伝達する報告書）

「即時性は低い情報であるが情報提供した方が望ましい」と判断される内容を報告してください。

即時性の高い内容は、これまで通り疑義照会に対応してください。

入院していた医療機関

| | | | |
|------|----|-------|--|
| 診療科 | 科 | 保険薬局名 | |
| 担当医 | 先生 | 所在地 | |
| 患者ID | | T E L | |
| | | F A X | |
| 患者氏名 | | 担当薬剤師 | |

この情報を主治医へ情報提供することに患者の同意を得ている

退院後通院している医療機関

| | | | |
|--------|----------|-------|----------|
| 処方箋発行日 | 令和 年 月 日 | 報告日 | 令和 年 月 日 |
| 処方医院 | | 処方医氏名 | 先生 |

退院後の体調 現在の服薬状況に関する情報 処方内容に関する内容 その他

薬剤師として所見

注）返書（トレーシングレポート）FAXする際、退院時薬剤情報提供書も一緒にFAXしてください。