記入日：　　　　　　年　　　月　　　日

市立柏原病院　薬剤科宛　 FAX:072-972-0944(薬剤科)　　TEL:072-972-0885

服薬情報提供書（トレーシングレポート）【柏原市薬薬連携版】

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医： 　　　　　　　　　　　科先生　御机下 | 保険薬局　名称（所在地・電話番号・FAX番号） |
| 患者番号：患者氏名： |
| 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。　　□ 得ていない。□ 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ますので報告いたします。 |

* 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とおりご報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋交付日：　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 調　剤　日：　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 分類 | □ 残薬調整に関する情報提供（下欄の「理由」と「対応」等を必ず記入すること。） |
| □ 服薬状況に関する情報提供 | □ 経口抗がん剤に関する情報提供 | □ オピオイドに関する情報提供 |
| □ 手技の説明・確認：自己注射 | □ 手技の説明・確認：吸入薬 | □ 手技の説明・確認：点眼薬 |
| □ 副作用に関する情報提供（重篤でないもの） | □ 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供 |
| □ 他院処方（重複、相互作用）に関する情報提供（処方された施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **薬剤師からの情報提供・提案事項・残薬調整した内容（処方箋など、別紙添付可）** |
| **残薬が生じた理由（複数選択可）** | 　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| □ 飲み忘れが積み重なった。 | □ 別の医療機関で同じ医薬品が処方された。 | □ 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。 | □ 自分で判断し飲むのをやめた。（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ 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。 | □ 調剤内容を一部変更しました。（一包化、剤形変更など） |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ★残薬を回避するための医師への提案 |
| □ （変更　or　中止）を提案します。（理由・提案内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **備考**　　　返信希望の有無　　　　□　あり（期限　　　月　　　　日までに）　　□　なし |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病院記入欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |  |
| --- | --- |
| □ 報告内容を確認しました。 | □ 報告内容を医師へ伝えました。（カルテに記載しました。） |
| □ 提案内容を医師へ伝えました。（※必ずしも提案通りに変更されるとは限りません。） |
| □ 残薬調整の報告のとおりに処方内容を変更しました。 |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 記入日：　　　　　　年　　　　　月　　　　日　　　　　　記入者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

令和4年（2022年）4月改定