トレーシングレポート（薬剤適正使用のための情報連絡書）

**担当医師：　　　　　　　　　　　 科　　　　　　　　　　　　　殿　　　　　報告日202　 年　　　月　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ID：  患者名：  生年月日：西暦　　　　　　　　　/　　　　　/ | | 保険薬局 名称・住所（スタンプ等でも可）  TEL：  FAX：  担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者又は代諾者からの同意 | 得た　　 得ていない  代諾者続柄： |
| 本情報を伝えることに対し、患者の同意を得ておりませんが、治療上必要と考えられるため報告します | |

|  |
| --- |
| 残薬調整  ポリファーマシー（減薬の提案）　　　　　　　　　　　　　　　 服薬遵守状況  経口抗がん薬の適正使用 　　　　　　　　　　　　　　　　 麻薬の疼痛管理  副作用（疑いも含む）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 OTC・サプリメント  処方内容（上記の減薬以外）に関連した提案  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢の詳細な内容】  **処方日・処方箋番号がわかるように記載をお願いします。該当部分の処方箋を一緒にFAXしても可** |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 |

**注意：トレーシングレポートは、疑義照会ではありません。緊急性を要する場合は直接医師へ問い合わせ願います。**