



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)	
患者又は代諾者 からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄:	TEL:	
<input type="checkbox"/> 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		FAX:	
		担当薬剤師:	印

<input type="checkbox"/> 残薬調整	<input type="checkbox"/> 服薬遵守状況
<input type="checkbox"/> ポリファーマシー(減薬の提案)	<input type="checkbox"/> 麻薬の疼痛管理
<input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメント
<input type="checkbox"/> 副作用(疑いも含む)	
<input type="checkbox"/> 処方内容(上記の減薬以外)に関連した提案	
<input type="checkbox"/> 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。該当部分の処方箋と一緒に 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。