服薬状況提供書(トレーシングレポート)《広島県版》 Ver.1

地方独立行政法人広島市立病院機構

広島市立広島市民病院　御中　　報告日：　年　月　日

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ます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(　　)

情報提供・提案事項

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：地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院

返信日：　年　月　日　記入者：

FAX 送信先０８２−２２１−６８８２（薬剤部）