

岡山市立市民病院 PFM 薬剤師 宛て

報告日： 年 月 日

【服薬情報提供書（トレーシングレポート）】

<注意>この FAX による情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話連絡にてお願いします。

担当医 科 先生 御机下	施設名・所在地
当院患者 ID: 患者氏名: 生年月日: 年 月 日	TEL: FAX: 担当薬剤師:
この情報を伝える上で、患者からの同意を <input type="checkbox"/> 得た（代諾者続柄: ） <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上重要と考えられるため、報告します。	

<報告・提案内容> 該当する項目に、印☑を付けて、FAX にてご連絡ください。

薬剤名 ()	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良 ⇒ 《理由》 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己判断 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて、意義や重要性を指導した <input type="checkbox"/> 薬剤中止提案 [薬剤名:] <input type="checkbox"/> 処方提案 [] <input type="checkbox"/> その他 []
残薬調整による調剤 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> プロトコル合意済み ・ <input type="checkbox"/> プロトコル合意なし電話照会済み)	
<input type="checkbox"/> 副作用疑い（重篤でないもの） ⇒ <input type="checkbox"/> 検査値確認依頼 [項目:] [症状:] <input type="checkbox"/> 薬剤変更（減量）提案 <input type="checkbox"/> TDM 依頼 [薬剤:] <input type="checkbox"/> その他 []	
<input type="checkbox"/> 患者訴え ⇒ <input type="checkbox"/> 薬剤中止提案 <input type="checkbox"/> 薬剤減量提案 [主訴:] <input type="checkbox"/> 薬剤追加提案	
<input type="checkbox"/> 化学療法関連（対症療法に薬剤を使用した場合） ⇒ <input type="checkbox"/> 薬剤名 [] ※がん化学療法に関する報告の際は様式 2 をご使用ください	
<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤（ポリファーマシー） ⇒ 薬剤中止提案 [薬剤名:]	
<input type="checkbox"/> その他 []	
備考（必要に応じて記載してください）	

・御提供いただいた情報は、次回の当院受診までに担当医師に報告いたします。

<注意>緊急性のあるお問い合わせは、直接担当医師へご連絡ください（代表 TEL：086-737-3000）。