

【服薬情報提供書（トレーシングレポート）】

担当医 先生 御机下	科	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		☐ 得た （代諾者続柄： ） ☐ 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。

☐ アドヒアランス不良 ⇒ ≪理由≫ ☐ 飲み忘れ ☐ 自己判断 ☐ その他 ()	
≪残薬が生じた状況（介入前）≫ ・薬剤名 () ・飲み忘れやすい服用時点 () ・管理状況 ☐ 自己管理 ☐ 家族管理 ☐ その他 () ・調剤方法、服薬支援状況 ☐ ヒート ☐ 一包化 ☐ 粉碎 ☐ 服薬カレンダー ☐ その他 ()	
≪介入事項≫ ・指導内容 ☐ 服薬の意義や重要性について ☐ 飲み忘れ時の対処法について ・服薬支援 ☐ 残薬調整・整理を実施した ☐ 一包化を実施した ☐ 服薬カレンダーへのセットを行った	
※アドヒアランス改善のための提案事項等については備考欄に記載してください。	
・継続の必要性の乏しい薬剤（ポリファーマシー）⇒薬剤中止提案（薬剤名：)	
☐ 副作用疑い（重篤でないものに限る） ・被疑薬（薬剤名： 、 内服開始日：) ・症状・訴え (、 いつ頃から) ・検査値確認依頼 ()	
※患者は副作用の対処法（服用中止や受診目安など）について理解しているか ☐ はい ☐ いいえ	
☐ リファル処方箋 服薬状況・体調変化等に関する報告 ⇒ 備考欄へ記載してください。	
備考（必要に応じて記載してください。）	