総合犬山中央病院　FAXコーナー　宛　　報告日：　20　　年　　月　　日

FAX (0568) 63-2365

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医：　　科 先生　御机下	保険薬局　名称(　所在地・電話番号・FAX番号　) 返信のため、必ずFAX番号を記載
患者ID： 患者氏名： 生年月日：	担当薬剤師名：　　印

この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た　□得ていない

□患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします。

処方せんに基づき調剤し、薬剤を交付しました。下記の通り、ご報告いたします。

処方せん交付日：20　　年　　月　　日	調剤日：　20　　年　　月　　日

分類	□残薬調整	□手技(自己注射・吸入)
	□使用状況	□副作用
	□処方提案	□その他(　　)

情報提供・残薬調整の内容

※残薬が生じた理由(複数選択可)

□飲み忘れが積み重なった　□飲む量や回数を間違っていた

□処方日数が服用日数より多かった

□自分で判断し飲むのをやめた(理由：　　)

□その他(　　)

◆残薬を回避するための対応・処方医への提案

□適切な服用に向けての説明を行った

□その他(　　)

＜以下病院返信欄＞　保険薬局へFAXで返信いたします

□報告内容を確認しました

□処方変更なく、経過観察します

□提案の意図を理解し、内容を考慮して対応します

□その他

FAXコーナー	処方医	FAXコーナー

受信　→　確認・修正　→　返信

※返信終了後は薬剤部で保管