

# 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

新潟市民病院 御中

報告日： 年 月 日

処方医： 科 先生	保険薬局名：
処方日： 年 月 日	報告薬剤師名：
患者 ID：	電話番号：
患者氏名： <small>*一部伏字で記載</small>	FAX 番号：
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を同意しています。 <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告致します。	

<b>【報告区分】</b>	<input type="checkbox"/> 有害事象・副作用疑い	<input type="checkbox"/> アドヒアランス・残薬確認
	<input type="checkbox"/> 服薬指導内容	<input type="checkbox"/> 手技（ <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 吸入）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

**【報告内容】**

**【残薬が生じた理由】**

<input type="checkbox"/> 飲み忘れた（約 回）	<input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた	<input type="checkbox"/> 服薬困難
<input type="checkbox"/> 重複処方	<input type="checkbox"/> 処方日数が多かった	<input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 自己判断で服薬中止	<input type="checkbox"/> その他	

**【残薬回避の対応】**

<input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて指導
<input type="checkbox"/> その他（ ）

**【添付資料】** 無 有（ 枚：この用紙含む）

\*疑義照会は通常通り電話でお願いします。

**【病院返信欄】** 情報提供ありがとうございます。報告内容を確認し、医師へ報告しました。

<input type="checkbox"/> 医師より	<input type="checkbox"/> 内容を確認しました。	<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 薬剤師より		

返信日： 年 月 日

新潟市民病院 薬剤部：

(2025.3)

新潟市民病院 薬剤部 FAX：025-281-5272

