

FAX : 0852-22-3173

トレーシングレポート（施設間情報連絡書）

処方医： _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名：	保険薬局 名称・住所		
患者ID： _____			
患者からの同意： <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない			
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL：	FAX：	
	担当薬剤師：		印
処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。 下記の通り、報告すべき点がありますので、確認いただきますようお願いいたします。			
分類	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー対応） <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 医師の指示通りの患者聞き取り内容 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 医師から一包化指示の返事あり		
薬剤師からの情報提供・提案内容（※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入すること） <input type="checkbox"/> 処方箋も一緒にFAXいたします。			
※ 残薬が生じた理由（複数選択可） <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 同じ医薬品が処方されていた <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた（理由： _____） <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
※ 残薬を回避するための対応（必ず選択してください） <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 合意に基づいた簡素化プロトコルに従い、調剤内容を一部変更しました（一包化・剤形変更など） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
◇ 次回処方への情報提供（医師への処方等提案）・・・理由や内容は上記に記載 <input type="checkbox"/> （変更 or 中止）を提案します。 <input type="checkbox"/> その他の提案（ _____ ）			

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
 原則、疑義照会は照会表をFAXにて行ってください。

ふれあい診療所・生協病院処方内容等 照会表

【問い合わせは必ずFAXにて照会】 処方箋とともに当該診療科へご送信ください。

処方箋発行日：____年__月__日 * 処方箋No（患者ID）は処方箋左上部にある2つの数字を記入ください

診療科：_____ 医師名：_____

患者氏名：_____ 処方箋No（患者ID）* _____

保険薬局名：

薬局FAX番号：_____ 薬局電話番号：_____

薬剤師名：

内 容

- 患者さまがお待ちです。至急お返事ください お手すきの際に返信してください。

回 答

____年__月__日

回答者を必ずご記入くださいますようお願いいたします

医師名		看護師	
薬剤部		医事課	