**トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

国立精神・神経医療研究センター病院

ＦＡＸ番号：０４２－３４６－１７０８　　　　　 　 報告日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　医師 | | | 保険薬局名、連絡先（TEL、FAX）、住所  担当薬剤師名： |
| 患者氏名：  (患者ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  生年月日：　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 情報提供  の同意 | 患者又は代諾者の同意を | 得ている（代諾者続柄：　　　　 ）  得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。（処方箋受付日：　　　　年　　　　月　　　日）

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告内容の分類 | ポリファーマシーに伴う減薬の提案　　　　　　  患者の訴え（アレルギー情報等も含む）  処方内容に関連した提案（上記の減薬以外）　　　 副作用発現もしくは疑い  残薬調整に関する情報　　　　　　　　　　　　　 OTC・サプリメントに関する情報  吸入・自己注射等の手技確認  服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容  問い合わせ簡素化プロトコルによる変更（④～⑦）  その他（具体的記載：　　　　　　　　　　　　　　 　　 　） |
| ＜上記についての詳細内容＞ | |

|  |
| --- |
| ＜薬剤師としての意見・提案内容＞ |

[送信での添付資料]　  あり（　　）枚  なし