

<input type="checkbox"/>	残薬調整に係る 服薬情報提供書		保険薬局 名称	
			電話番号	
<input type="checkbox"/>	服薬情報提供書 (トレーシングレポート)		FAX番号	
			担当 薬剤師	
報告日	20 年 月 日	処方箋 発行日	20 年 月 日	
診療科		処方医		先生
施設	<input type="checkbox"/> だいどうクリニック	<input type="checkbox"/> 大同みどりクリニック	<input type="checkbox"/> なわファミリークリニック	<input type="checkbox"/> 中央クリニック
	<input type="checkbox"/> 大同病院	<input type="checkbox"/> 内田橋ファミリークリニック	<input type="checkbox"/> 日長台ファミリークリニック	
ID		患者名		
処方箋 番号		生年月日	年 月 日	
今回の情報伝達について <input type="checkbox"/> 患者の同意を得ています。 該当するものにチェックして下さい <input type="checkbox"/> 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要だと考えられるため報告致します。				
報告内容	<input type="checkbox"/> 調剤方法に関する提案	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 服薬状況、薬の管理・使用状況	<input type="checkbox"/> 副作用、相互作用	<input type="checkbox"/> 患者の状態・様子、患者本人、 家族、介護者等からの情報提供	
	<input type="checkbox"/> ベンゾジアゼピン系の長期処方	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメント等の使用		
残薬の場合 薬が残った 理由 複数回答可	<input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった	<input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた	<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"/> 別の医療機関で 同じ医薬品が処方された	<input type="checkbox"/> その他	
対象薬剤				
問題点				
提案内容				
参考文献				

【注意】FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話でお願いします。

保険薬局 → 薬剤部 → 電子カルテ