

送付先

三重中央医療センター薬剤部

FAX 059-259-0775



報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）【リフィル処方箋】

処方医 科 先生	情報提供元保険薬局名称
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
生年月日 :	担当薬剤師名 : 印

リフィル処方箋（ / 回目）に関する薬学的管理を行いました。
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。

処方箋発行日 :	調剤日 :	確認日 :
【服薬状況の評価】 <input type="checkbox"/> 良好 (≥80%) <input type="checkbox"/> 不良 (<80%)		【管理状況】 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他 ()
【予備薬以上の残薬の有無】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
残薬がある場合の理由 <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"/> 飲む量や回数を間違えた <input type="checkbox"/> 早めに受診したため <input type="checkbox"/> その他 ()		
上記選択肢の詳細 ()		
【次回受診日】 : R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 次回受診日までお薬が足りることを確認いたしました		
【病状変化】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合は詳細を記入 ()		
【重大な副作用に関する症状】 (該当するものにチェック) <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 脱力 <input type="checkbox"/> 出血傾向 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし 詳細を記入 ()		
【服薬継続の判断】 <input type="checkbox"/> 心身状態の変化が無く、所定の薬剤を継続して交付できる。 <input type="checkbox"/> 心身状態の変化があり、所定の薬剤を交付できない。 <input type="checkbox"/> 速やかな受診勧奨		
【薬剤師としての提案事項・その他の報告事項】 ()		

<注意> ・FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。次回診察時にお役立てください。