**大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　地域連携室　宛て**

報告日:　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

**【服薬情報提供書（トレーシングレポート）】**

<注意>このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話連絡にてお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科  先生　御机下 | 施設名・所在地  TEL:　　　　　　　　　　　　FAX:  担当薬剤師: |
| 当院患者ID:  患者氏名:  生年月日:　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| この情報を伝える上で、患者からの同意を　　　　□得た　（代諾者続柄:　　　　　　　　　　　　　　）  □得ていませんが、治療上重要と考えられるため、報告します。 | |

＜報告・提案内容＞　該当する項目に、印☑を付けて、FAXにてご連絡ください。

|  |
| --- |
| □コンプライアンス不良　　　　　　　　　　　⇒　《理由》　□飲み忘れ　□自己判断　□その他（　　　　　　　　　　）  □適切な服薬に向けて、意義や重要性を指導した  薬剤名  □薬剤中止提案［薬剤名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□院外処方提案  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| □副作用疑い（重篤でないもの）　　　　⇒□検査値確認依頼［項目：　　　　　　　　　　　　　　　　　］  ［症状:　　　　　　　　　　　　　　　　　 ］　　□薬剤変更（減量）提案　　　　□TDM依頼  ［薬剤:　　　　　　　　　　　　　　　　　　］　　□その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| □患者訴え　　　　　　　　　　　　　　　 　　⇒□薬剤中止提案　　□薬剤減量提案  ［主訴:　　　　　　　　　　　　　　　　　］　　　□院外処方提案　　□薬剤追加提案 |
| □化学療法関連（対症療法に薬剤を使用した場合）⇒□薬剤名［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］  　※がん化学療法に関する報告の際は様式2をご使用ください |
| □継続の必要性が乏しい薬剤（ポリファーマシー）　⇒薬剤中止提案［薬剤名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| □その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| 備考（必要に応じて記載してください） |