

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：2021 年 4 月 1 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 ○○ △△ 先生 御机下	科 先生 御机下	貴施設名・所在地 □□ 薬局
患者氏名： 倉中 花子	当院患者 ID： 12345678	TEL： _____ FAX： _____
生年月日： 1965 年 4 月 1 日	担当薬剤師： _____	
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、報告する		

<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。

薬剤名	□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) [症状： めまい] [薬剤： リリカ]	⇒□検査値確認依頼 [項目： _____] ☒ 薬剤変更 (減量) 提案 □TDM 依頼 □その他 [_____]
	□患者訴え [主訴： _____]	⇒□薬剤中止提案 □薬剤減量提案 □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) <u>薬局来局時に、「めまい」の症状の訴えがありました。</u> <u>リリカは「めまい」の副作用が報告されています。</u> <u>症状継続あればご対応の程よろしくお願い申し上げます。</u>		