

トレーシングレポート・疑義紹介簡素化報告書

保険施設：耳原総合病院・みみはら高砂クリニック・耳原鳳クリニック・耳原高石診療所

みみはらファミリークリニック・みみはら在宅クリニック

処方医： _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

トレーシングレポート (服薬情報提供書)

疑義照会簡素化プロトコルによる変更調剤報告

患者名： _____ (ID： _____)	保険薬局 名称・住所
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL： _____ FAX： _____
	担当薬剤師： _____ 印

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

◆トレーシングレポート

分類	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供 (ポリファーマシー) <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連する提案 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他
薬剤師からの情報提供・提案内容	

◆疑義照会簡素化プロトコルによる変更調剤報告

<input type="checkbox"/> 変更調剤 (銘柄・規格・剤形)	<input type="checkbox"/> 処方日数・数量	<input type="checkbox"/> 用法・用量
--	----------------------------------	--------------------------------

<注意>

この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。

この用紙と共に処方箋を FAX してください。

緊急性のある問い合わせや疑義照会には直接当該施設にお電話でお問い合わせ下さい。