



京都大学医学部附属病院 御中

報告日： 年 月 日

残薬調整に係る服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID : 患者名 :	電話番号 :
	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、残薬を確認し日数調整をしましたのでご報告いたします。
ご高配賜りますようお願い申し上げます。

処方日 :
残薬調整した内容※
残薬の理由（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 上記選択肢の詳細 ()
薬剤師としての提案事項

<注意>

- ※・残薬を確認した場合の対応の指示が、2番目「情報提供」の時は確認内容をご記入ください。
・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にて
お願いします。