

吉野川医療センター 御中

報告日: 年 月 日

# 吉野川医療センター トレーシングレポート

処方医: 科 先生 御机下	保険薬局 名称(所在地・電話番号・FAX番号)
患者番号: 患者氏名:	担当薬剤師名: 印
①同意	<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <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ご報告いたします。 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。

処方箋交付日: 年 月 日

必須	②分類	<input type="checkbox"/> 服薬情報提供 <input type="checkbox"/> 副作用及び有害事象の報告	<input type="checkbox"/> 疑義照会済みの報告 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> プロトコルの実施(③選択必須)
----	-----	--	---	--

③患者合意のもと、以下の事前合意院外プロトコルに従い、処方修正いたしました。

<input type="checkbox"/> A-1 成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> A-2 内服薬・貼付剤の剤形変更 <input type="checkbox"/> A-3 別規格製剤がある場合の規格変更 <input type="checkbox"/> A-4 簡易懸濁、半割、粉碎、混合指示追加・削除 <input type="checkbox"/> A-5 使用歴のある合剤への変更 <input type="checkbox"/> B-1 残薬がある場合の日数調節 ※④にチェックし⑤詳細記載 <input type="checkbox"/> B-2 次回受診日までの日数適正化 <input type="checkbox"/> B-3 連日投与しない製剤の日数調節 <input type="checkbox"/> B-4 連日投与しない製剤(「1日おき」や「月水金服用」などの日数調節指示のある薬剤)日数調節 <input type="checkbox"/> C-1 一包化指示の追記 <input type="checkbox"/> C-2 外用剤の用法追記 <input type="checkbox"/> C-3 内服薬の用法追記 <input type="checkbox"/> C-4 漢方薬・その他③種類(アルロイドG・プリンパラン・ナウゼリン)の用法追記 <input type="checkbox"/> C-5 ドリンクミックス等フレーバーの味種類追記	<input type="checkbox"/> その他
--	------------------------------

④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。

<input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同薬が処方された <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 自己判断で中断 <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された	<input type="checkbox"/> 服用間違い
---	---	--------------------------------

⑤詳細(残薬調整内容、所見からの薬剤師としての提案事項 など)についてご報告いたします。

⑥医療機関記入欄	情報提供ありがとうございます。	送信日:
<input type="checkbox"/> カルテに反映させました。	<input type="checkbox"/> 処方医から以下の回答をえました。	