

報告日： 年 月 日

トレーシングレポート・疑義照会簡素化プロトコル報告書

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
処方箋交付年月日 年 月 日	電話番号：
診療券番号：	FAX 番号：
患者名：	担当薬剤師名：
<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"/> 患者の同意は得ておりませんが、治療上必要と思われるので報告いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

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。

◆トレーシングレポート

【報告区分】 <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"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント服用 <input type="checkbox"/> 副作用・アレルギー歴 <input type="checkbox"/> その他 ()
【薬剤師から情報提供・提案事項】

◆疑義照会簡素化プロトコルによる変更調剤報告

【報告区分】 <input type="checkbox"/> 調剤方法の変更 <input type="checkbox"/> 日数調整 (数量調整) <input type="checkbox"/> 薬効に影響する用法の変更 <input type="checkbox"/> 服薬指導
【詳細内容】

〈注意〉こちらの FAX による情報伝達・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お願いいたします。(この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。)