**トレーシングレポート（疑義照会簡素化プロトコル用）**

FAX：市立根室病院薬剤部 0153-24-6538　　　報告日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　科  先生　御侍史 | 保険薬局　名称・所在地  TEL：　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師： |
| 患者ID：  患者名： |
| この情報提供についての同意：  □ 患者から取得済み　　□ 患者から取得していないが、治療上重要と考えられるため報告 | |

疑義照会簡素化プロトコルに基づき変更調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通りご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 分類 | □ 一包化調剤　　□ 粉砕調剤　　□ 軟膏・クリーム混合　　□ 残薬調整 | | |
| 変更調剤の内容とその理由（※残薬調整の場合は下欄の項目も記入すること） | | | |
| ※ 残薬が生じた理由（複数選択可）  　□ 飲み忘れが積み重なった　　　　　　　□ 服用回数や量が間違っていた  　□ 処方日数が服用日数より多かった　　　□ 別の医療機関で同じ医薬品が処方された  　□ 自己判断で服用をやめた（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※ 残薬を回避するための対応  　□ 適切な服薬に向けて意義や重要性について指導しました。  　□ 調剤内容を一部変更しました（一包化、剤形変更など）  　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※ 医師への提案 | | | |
|  | | | |
| ＜注意＞ 必ず処方箋を一緒にFAXしてください。どちらか一方のみのFAXでは変更調剤は認められません。このトレーシングレポートは疑義照会書ではありません。プロトコルに含まれない疑義内容については、従来通りFAXによる疑義照会書での問い合わせをお願いします。 | | 対応者 | 会計係 |
|  |  |