



残薬調整、一包化、半割・粉碎等に係る服薬情報提供書(トレーシングレポート)

報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院名	和歌山県立医科大学附属病院
FAX送信先	073-441-0821(薬剤部)
診療科名	科
処方医	宛



薬局名	薬局
連絡先(TEL)	( ) -
(FAX)	( ) -
薬剤師名	

【患者情報・提案・報告】

ID番号	患者氏名	生年月日	処方日
		年 月 日	年 月 日

この報告に対する患者同意 有り 無し(診療上必要と認められたため情報提供します)

件名

理由 ※複数選択可

【残薬調整】飲み忘れ 自己判断で中止または減量した 服用量や回数を間違っていた 当院で別の薬が処方された  
別の医療機関で同効薬が処方された その他( )

【一包化】飲み忘れ 自己判断での調節 飲む量や回数を間違っていた 手技の困難 患者の利便性のため  
患者の希望 その他( )

【半割・粉碎等】服薬困難(またはその逆) 患者の利便性のため その他( )

詳細・提案(簡潔に記入) ※処方箋を添付してください

＜注意＞トレーシングレポートは疑義照会ではありません。疑義照会は通常の通り電話にてお願いします。

【必要時返信欄(医師記入欄)】

報告内容を確認 次回から提案通りの内容に変更 現状のまま継続し、経過観察