



九州医療センター薬剤部 御中

報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）【血友病】

診療科：	保険薬局 名称・所在地：
主治医：	
患者ID：	電話番号：
患者氏名： (生年月日：西暦 / /)	FAX番号： 担当薬剤師：
この情報を伝えることに対して、同意を <input type="checkbox"/> 得た（患者本人・家族・その他） <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るが、治療上重要だと思われるため報告する	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記のとおり、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。

報告内容

【対象薬剤・健康食品・サプリメント】

【服薬状況】 良好 不良 その他【投与状況】 良好 不良 その他 製剤の残数(名： 、 本)

※「良好」以外の場合は情報提供・提案内容欄に詳細を記載。期限切れの製剤が発生した場合は報告をお願いします。

【保険薬局薬剤師からの情報提供・提案内容等】

- 服薬状況 投与状況(例:定期補充、追加補充(出血時や予備的補充)の状況について)
- 特記すべき症状(例:出血、出血の疑い、違和感・むずむず感、出血以外の困りごとなどの状況について)
- 手技について ポリファーマシーに伴う減薬の提案 残薬調整
- 副作用（疑いも含む） 処方内容に関連した提案（上記の減薬以外） OTC・サプリメント
- 調剤方法の工夫について その他相談事項※ 特記事項なし

※最新情報が欲しい、心配や不安、新しく始めたいこと、悩み事（治療、日常生活、将来など）があるなど下記に自由記載

※詳細に記載してください（複数回答可）

【添付書類】 なし あり（ 処方箋 その他： ）

【注意】 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。

-----返信欄-----

- 内容確認しました。
- 医師等に報告・情報共有しました。
- 医師へ直接疑義照会をお願いいたします。
- その他：

返信記載日

年 月 日

担当薬剤師

情報提供ありがとうございました。