



和歌山労災病院 御中

報告日： 年 月 日

## ■服薬情報等提供料3 情報提供用

## 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

薬剤部 担当者	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者氏名 :	FAX 番号 :
生年月日 :	担当薬剤師名 : (□かかりつけ薬剤師) 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	

年 月 日より入院予定の患者様の薬剤情報についてご報告致します。

## 1. 患者の服薬状況（アドヒランス等）と退院時情報提供等について）

管理方法	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家人 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )
調剤方法	<input type="checkbox"/> PTP	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> その他 ( )
副作用歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )	
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	
服薬状況に対する問題点			

## 2. 対応事項

- 全服用使用薬の確認・報告
- 手術・処置前の休薬が必要な薬剤
- 休薬が必要な薬剤を取り除く外来服薬支援調剤
- 入院時に服用使用が必要ないと思われる薬剤の確認・報告
- 日数不揃いの場合、説明・同意取得により廃棄や残薬調整を提案
- その他 ( )

特記事項

--