

トレーシングレポート（問合せ簡素化プロトコル用）

FAX：札幌北榆病院 011-865-0160

報告日： 年 月 日

担当医 科 先生 御侍史	保険薬局 名称・所在地
患者 ID： 患者名：	TEL： FAX： 担当薬剤師：
この情報提供についての同意： <input type="checkbox"/> 患者から取得済み <input type="checkbox"/> 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	

問合せ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。

変更内容	<input type="checkbox"/> 成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> 剤形の変更 <input type="checkbox"/> 外用薬の同一合計量に対する規格変更 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 一般名処方に対する類似剤形への変更 <input type="checkbox"/> 残薬調整に伴う日数変更（この場合、下記 <u>点線以下の欄</u> をご記入ください）
変更調剤の内容とその理由	
・残薬が生じた理由（複数選択可） <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 服用回数や量が間違っていた <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 自己判断で服用をやめた（理由： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
・残薬を回避するための対応 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 調剤内容を一部変更しました（一包化、剤形変更など） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

医師への提案・伝達事項（必要に応じて記入してください）

<注意>必ず処方箋のコピーと一緒に提出してください。どちらか一方のみ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、従来通り疑義照会での問い合わせをお願いします。

担当者