



服薬情報提供書（トレーシングレポート）【血友病】

| | | |
|--|----------|-------------|
| 担当医 | 科 | 保険薬局 名称・所在地 |
| 処方せん交付日 | 20 年 月 日 | 先生 御机下 |
| 患者 ID : | | 電話番号 : |
| 患者名 : | | FAX 番号 : |
| 生年月日 : | | 担当薬剤師名 |
| <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者（患者本人・家族・その他_____）の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。 | | |

下記の通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。

報告日： 年 月 日

| |
|---|
| <p>【保険薬局薬剤師からの情報提供・提案内容等】</p> <p><input type="checkbox"/>服薬状況 <input type="checkbox"/>投与状況（例：定期補充、追加補充の状況等） <input type="checkbox"/>残薬状況</p> <p><input type="checkbox"/>投与手技 <input type="checkbox"/>副作用（疑いも含む） <input type="checkbox"/>処方内容に関する提案</p> <p><input type="checkbox"/>OTC/サプリメント <input type="checkbox"/>調剤方法の工夫 <input type="checkbox"/>薬や病気への理解</p> <p><input type="checkbox"/>特記すべき症状</p> <p>例：出血（ジワジワした出血や疑いを含む）、違和感・むずむず・ピリッとした感じ、関節を動かしにくい感じ、 日常動作（左右同じ歩幅で歩く、歯磨き、洗顔、上着の脱ぎ着、首回りや足先の身支度（ネクタイ、ボタン、靴下、爪切） 階段の上り下り、しゃがむ、長時間同じ姿勢で座る、歩き始め、等）のしづらさ 等</p> <p><input type="checkbox"/>その他相談事項</p> <p>例：不安や悩み（治療、日常生活、将来のこと）、新しく始めたいこと（部活、スポーツ、趣味等）、最新情報を知りたい 等</p> |
| <p>【上記状況を確認した場面】</p> <p>実施日： 年 月 日</p> <p>方法： <input type="checkbox"/>来局 <input type="checkbox"/>在宅 <input type="checkbox"/>電話またはビデオ電話</p> <p>対象者：<input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> |
| <p>【上記選択肢についての詳細】</p> |
| <p>【保険薬局薬剤師から患者へ提案した内容・鹿児島大学病院への報告事項等】</p> |

<注意> 本文書による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**
 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。