**年　月　日**

**トレーシングレポート　（疑義照会簡素化プロトコール用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医療機関** |  | **保険調剤薬局** |
| **県立新庄病院　　　　　科** |  | **薬局名** |  |
| **担当医師** | **先生** |  | **薬剤師名** |  |
| **TEL** | **0233-22-5525** |  | **TEL** |  |
| **FAX** | **0233-23-2987** |  | **FAX** |  |

**患者様の同意（□　文書　□　口頭）　　　　　　　ご返答（□ご返答願います　□ご返答不要です）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者ID番号** |  | **処方日** |  |
| **性別** | **□男　□女** | **生年月日** | **(□明･□大･□昭･□平･□　　)　　　年　　　月　　　日（ 歳）** |
| **情報提供** |
| (1) 内用薬の剤形変更 (2) 処方規格の変更 (3) 半割･粉砕･混合等 (4) 一包化 (5) 処方日数の適正化(6) 用法の変更等 (7) 湿布・軟膏の規格変更 (8) 外用薬の使用部位 (9) フレーバーの変更 |
| 〈内容詳細〉 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| (10) 減日数調剤〈内容詳細〉 |
| ※残薬が生じた理由〈複数選択可〉　　（必ず記載してください）　□飲み忘れが積み重なった　　　　　　　　　　　□飲む量や回数を間違っていた　□自分で判断し飲むのをやめた（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□その他 |
| ※残薬を回避するためにとった対応（必ず記載してください）□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□その他 |

**「疑義照会簡素化プロトコール」**に該当しない場合には、通常通り電話で処方医に疑義照会をお願いします