

報告日: 年 月 日

トレーシングレポート(疑義照会事前同意プロトコル報告用)

処方医 科 先生 御机下

処方箋および疑義照会事前同意プロトコルに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。以下の通り、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。

患者ID 患者氏名 生年月日		
患者同意 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() ※必ず患者または家族に説明を行い、同意を得てください。		
保険薬局名 電話番号 FAX番号 担当薬剤師名		
変更内容	※必ず処方箋(変更箇所明記)の添付をお願いします。	
<input type="checkbox"/> :①成分名が同一の銘柄変更 <input type="checkbox"/> :②剤形の変更 <input type="checkbox"/> :③別規格への変更 <input type="checkbox"/> :④一包化 <input type="checkbox"/> :⑤湿布薬や軟膏での規格変更	<input type="checkbox"/> :⑥投与日数の適正化(残薬含む) <input type="checkbox"/> :⑦重複処方の削除 <input type="checkbox"/> :⑧処方日数の適正化(週1・月1製剤の場合) <input type="checkbox"/> :⑨処方日数の適正化(隔日投与等の場合) <input type="checkbox"/> :⑩外用剤の使用部位に関する事 <input type="checkbox"/> :⑪漢方薬の用法に関する事	
【詳細】		
【大阪南医療センター記入欄】	プロトコル(適 ・ 否)	
<input type="checkbox"/> 電子カルテ取り込み済み(サイン) <input type="checkbox"/> 保険薬局への返信(要 ・ 不要 / サイン)	確認欄	
	支援センター	DI担当

<注意>

**※※このFAXによる伝達・情報提供は「疑義照会」ではありません。※※
「疑義照会」は通常通り処方医へ問い合わせてください。**

本書式は、内容を確認したうえで処方医に報告します。その後電子カルテを修正し、保存します。