



FAX:鳥取赤十字病院薬剤部 0857-24-5794

鳥取赤十字病院 薬剤部 御中

報告日： 年 月 日

関節リウマチ治療薬 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID：	電話番号：
患者名：	FAX番号：
	担当薬剤師名： 印

処方箋（発行日：令和 年 月 日）に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

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。

【服薬状況の評価】

内服薬 未使用回数（1週間あたり） なし 1 - 2回 3 - 4回 5回以上
 分割調剤： 未実施 実施 （ 初回 2回目 3回目 ）

注射薬 未投薬回数（前回の調剤回数____回分あたり）
 なし 1回 2回 3回以上

残薬数確認： 未実施 実施 *残薬等の詳細を下に記載してください*

残薬の理由：

- 飲み忘れが積み重なった 自分で判断しやめた 別の医療機関で同じ医薬品が処方された
 新たに別の医薬品が処方され 飲む量や回数を間違っていた 副作用が発現した
 治療に消極的 服薬(自己注射)タイミングが生活に合っていない その他

【副作用発現の評価】

- 間質性肺炎を疑う症状(咳、息切れ、呼吸困難等) : なし あり
 感染を疑う症状(発熱、咳、痰、咽頭痛、倦怠感等) : なし あり
 薬剤性過敏症症候群（皮疹、発熱、口の中の荒れ等）: なし あり
 重篤な口内炎（口内や唇のただれ、喉の痛み、発熱）: なし あり
 脱水症状（喉の乾き、吐き気、全身の脱力感） : なし あり
 出血傾向（鼻血、歯茎からの出血、皮下出血） : なし あり
 その他()

残薬の詳細・残薬調整の内容・その他の報告事項・提案事項などがあれば記載してください

<注意> FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします