

報告日： 年 月 日

## 心不全服薬情報提供書(トレーシングレポート)

<注意>このFAXは疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

|   |                            |
|---|----------------------------|
| 担当医<br>科<br>先生 御机下  | 保険薬局 名称・所在地                |
| 患者ID：<br>患者名：   | 電話番号：<br>FAX番号：<br>担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。<br><input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。 |                            |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。 次回受診日 年 月 日

※服薬状況・症状などの確認は次回受診日の約1週間前をお願いします。

確認日： 年 月 日

《服薬状況について》 ※前回受診日から現在までの服薬状況について該当の項目に✓をつけて下さい。

|             |                                 |                                      |                                |
|-------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 朝食後(前)に飲む薬  | <input type="checkbox"/> 飲み忘れなし | <input type="checkbox"/> 飲み忘れあり( 回分) | <input type="checkbox"/> 服用薬なし |
| 夕食後(前)に飲む薬  | <input type="checkbox"/> 飲み忘れなし | <input type="checkbox"/> 飲み忘れあり( 回分) | <input type="checkbox"/> 服用薬なし |
| 朝夕以外の時間に飲む薬 | <input type="checkbox"/> 飲み忘れなし | <input type="checkbox"/> 飲み忘れあり( 回分) | <input type="checkbox"/> 服用薬なし |

《症状・セルフケアについて》 ※症状ありの場合は( )内に程度や頻度を記載して下さい。

|             |   |
|-------------|---|
| 体重の増加       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (例:3日で5kgなど ) |
| 横になると苦しい    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )           |
| 足のむくみ       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )           |
| 脈が急に速くなった   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )           |
| 息切れ         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )           |
| 疲れやすい       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )           |
| 食欲低下        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )           |
| 不眠          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )           |
| 塩分を控えていますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ              |
| 禁煙はできていますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ              |
| 節酒はできていますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ              |

その他 ( 患者からの相談・希望事項等 薬剤師としての提案事項)

FAXを受け付けました。

薬剤部受領者

|  |
|--|
|  |
|--|