



服薬情報提供書（トレーシングレポート）【血友病】

担当医 小児血液・腫瘍内科 先生 御机下 処方せん交付日 20 年 月 日	保険薬局 名称・所在地 電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師名
患者 ID： 患者名： 生年月日：	
☐ この情報を伝えることに對して患者（患者本人・家族・その他_____）の同意を得ています。 ☐ この情報を伝えることに對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

【保険薬局薬剤師からの情報提供・提案内容等】

☐ 服薬状況 ☐ 投与状況・投与手技（例：定期補充、投与のタイミング、追加補充の状況等）

☐ 残薬状況 ☐ 投与方法の理解（ご家族・本人） ☐ 副作用（疑いも含む）

☐ 併用薬/OTC/サプリメント ☐ 薬や病気への理解

☐ 特記すべき症状

例：出血（ジワジワした出血や疑いを含む）、違和感・むずむず、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、靴下・爪切などの身支度、階段昇降、しゃがむ、長時間の座位、歩き始め、等）のしづらさ 等

☐ 不安や悩み、困りごと

例：不安や悩み（治療、日常生活（学業・仕事・プライベート）、将来のこと）

☐ 患者さんからの要望

例：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

【上記状況についての詳細】

【保険薬局薬剤師から患者へ提案した内容・南部医療センター・こども医療センターの報告事項等】

【上記状況を確認した場面】実施日： 年 月 日

方法：☐ 来局 ☐ 在宅 ☐ 電話またはビデオ電話 対象者：☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他（ ）

<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。

<作成者>南部医療センター・こども医療センター 小児血液・腫瘍内科