

【抗菌薬専用】	
薬剤情報提供書（トレーシングレポート）	
担当医	科 先生
保険薬局 名称（所在地）	
処方日：	電話番号：
患者ID：	FAX番号：
患者名：	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 ☐ 得た。 ☐ 得ていない。 ☐ 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ますので報告いたします。	
確認内容（一部項目のみの確認でも大丈夫です！）	
確認方法	対面（患者・家族）・電話（患者・家族）
使用薬剤	（ ）
AWaRe分類（処方箋に印字されています）	Access・Watch・Reserve
処方目的の理解	良好・やや不良・不良
処方日数（治療日数）	短い・適正・長い
用法	問題なし・問題あり →問題ありを選択された場合は理由について、可能な範囲で具体的に記載をお願いします。
	{ }
用量	過量・適量・過少量 →過量・過少量を選択された場合は理由について、可能な範囲で具体的に記載をお願いします。
	{ }
検査値（腎機能・肝機能等）	問題なし・問題あり →問題ありを選択された場合は内容について、可能な範囲で具体的に記載をお願いします。
	{ }
併用薬との相互作用	問題なし・問題あり →問題ありを選択された場合は内容について、可能な範囲で具体的に記載をお願いします。
	{ }
同一抗菌薬の反復処方あり	なし・あり
服薬アドヒアランス	良好・やや不良・不良・不明
抗菌薬の残薬	なし・あり →ありを選択された場合は理由についても記載をお願いします。
	☐ 副作用 ☐ 自己中断 ☐ 飲み忘れ ☐ その他 { }
その他ご意見 些細なことでも記載をお願いします！	ex.)疾患に対して、抗菌薬が広域すぎるのではないか、お守りがてらの処方がされている等
	{ }
備考 (提案事項等)	