報告日：　　　年　　月　　日

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）【抗精神病薬】**

＜注意＞本書は、疑義照会ではありません。

**処方医：　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下**

|  |  |
| --- | --- |
| 処方日：　　　　年　　　月　　　日  患者名：　　　　　　　　　　　　　　（ 男・女 ）  生年月日：　　　　年　　　月　　　日 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 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 |
| 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。以下の内容について、（□ 報告　□ 報告＋提案）いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ 服薬状況に関すること | | | | | | | | |
| ⇒　□ 飲み忘れ　　　□ 過量服用　　　□ 自己調節 | | | | | | | | |
| □ 残薬調整に関すること | | | | | | | | |
| □ 処方内容に関すること　　　　□ 調剤方法に関すること　　　　□ 併用薬剤に関すること | | | | | | | | |
| □ 症状・有害事象（副作用）に関すること | | | | | | | |
| □ | ① ふらつき | □ | ⑨ 便秘 | □ | ⑰ 血圧上昇 | □ | ㉕ 焦燥 |
| □ | ② めまい | □ | ⑩ 下痢 | □ | ⑱ 発汗 | □ | ㉖ 幻覚・幻聴 |
| □ | ③ ふるえ | □ | ⑪ 嘔気・嘔吐 | □ | ⑲ 口渇 | □ | ㉗ 妄想 |
| □ | ④ 動作緩慢 | □ | ⑫ 食欲減退 | □ | ⑳ 多飲 | □ | ㉘ 高プロラクチン血症 |
| □ | ⑤ 筋強直 | □ | ⑬ 食欲亢進 | □ | ㉑ 頭痛 | □ | ㉙ |
| □ | ⑥ アカシジア | □ | ⑭ 体重減少 | □ | ㉒ 頭重感 | □ | ㉚ |
| □ | ⑦ ジスキネジア | □ | ⑮ 体重増加 | □ | ㉓ 不眠・眠気 | □ | ㉛ |
| □ | ⑧ 流涎 | □ | ⑯ 血圧低下 | □ | ㉔ 不安 | □ | ㉜ |
| （数字　　　　　）が、□ 強くなっている　□ 変わらないが気になっている　□ その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| （数字　　　　　）が、□ 強くなっている　□ 変わらないが気になっている　□ その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| （数字　　　　　）は、（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）による副作用が考えられます。 | | | | | | | | |
| □ その他 | | | | | | | | |

詳細・対応・提案事項など：

|  |
| --- |
| **返信欄**  □ 内容を確認しました。　　□ 提案内容について理解しましたが、経過観察します。  □ 提案内容について理解し、以下のように対応します。  医療機関からのコメント  担当者 医師・薬剤師・(　　　　　　　)　氏名 |