

服薬情報提供書（トレーシングレポート）【睡眠導入剤・抗うつ薬・抗不安薬】

<注意>本書は、疑義照会ではありません。

処方医： 心療内 科 ○○ ○○ 先生 御机下

処方日： 2022 年 ○ 月 △ 日 患者名： 精神 一郎 (男・女) 生年月日： ○ 年 ○ 月 ○ 日	保険薬局 名称・所在地 日本薬局 東京店 東京都文京区 A-B-C
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input checked="" type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <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	電話番号： 03-4567-8900 FAX 番号： 03-4567-8900 担当薬剤師名： 日本 幸子

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。

<input type="checkbox"/> 服薬状況に関すること ⇒ <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 過量服用 <input type="checkbox"/> 自己調節
<input type="checkbox"/> 残薬調整に関すること
<input type="checkbox"/> 処方内容に関すること <input type="checkbox"/> 調剤方法に関すること <input type="checkbox"/> 併用薬剤に関すること
<input checked="" type="checkbox"/> 症状・有害事象（副作用）に関すること <input type="checkbox"/> ① ふらつき <input type="checkbox"/> ⑨ 食欲減退 <input type="checkbox"/> ⑰ 発汗 <input type="checkbox"/> ⑳ 集中力低下 <input type="checkbox"/> ② めまい <input type="checkbox"/> ⑩ 食欲亢進 <input type="checkbox"/> ⑱ 口渇 <input type="checkbox"/> ㉑ 抑うつ <input type="checkbox"/> ③ ふるえ <input type="checkbox"/> ⑪ 体重減少 <input type="checkbox"/> ㉒ 頭痛 <input type="checkbox"/> ㉓ 意欲減退 <input type="checkbox"/> ④ けいれん <input type="checkbox"/> ⑫ 体重増加 <input type="checkbox"/> ㉔ 頭重感 <input type="checkbox"/> ㉕ イライラ <input type="checkbox"/> ⑤ 脱力感 <input checked="" type="checkbox"/> ⑬ 排尿障害 <input type="checkbox"/> ㉖ 不眠・眠気 <input type="checkbox"/> ㉗ 希死念慮 <input type="checkbox"/> ⑥ 便秘 <input type="checkbox"/> ⑭ 血圧低下 <input type="checkbox"/> ㉘ 不安 <input type="checkbox"/> ㉙ <input type="checkbox"/> ⑦ 下痢 <input type="checkbox"/> ⑮ 血圧上昇 <input type="checkbox"/> ㉚ 焦燥 <input type="checkbox"/> ㉛ <input type="checkbox"/> ⑧ 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> ⑯ 頻脈 <input type="checkbox"/> ㉜ 易疲労感 <input type="checkbox"/> ㉝
(数字 ⑬) が、 <input type="checkbox"/> 強くなっている <input checked="" type="checkbox"/> 変わらないが気になっている <input type="checkbox"/> その他() (数字) が、 <input type="checkbox"/> 強くなっている <input type="checkbox"/> 変わらないが気になっている <input type="checkbox"/> その他() (数字 ⑬) は、(<u>パロキセチン</u>) による副作用が考えられます。
<input type="checkbox"/> その他

詳細・対応・提案事項など：

本人よりここ1か月くらいで尿の出が悪くなったようです。1日の尿回数自体は変わらず、残尿感などはないそうです。日常生活に支障はなく、症状悪化の際は受診すると本人が話されておりましたので、次回受診時に御高診ください。

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 _____