

トレーニングレポート（服薬情報提供書）

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

医療機関名：		保険薬局名		
担当医：	科	先生	所在地	
患者氏名：			TEL	
(患者ID：			FAX	
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			薬剤師氏名	
[処方箋交付日：令和 年 月 日]			[調剤年月日：令和 年 月 日]	

平素より大変お世話になっております。

以下の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報 報 分 類	☒ ポリファーマシー	☐ 副作用の疑い
	☐ 服薬状況（アドヒアランス、残薬報告）	☐ 服薬フォローアップ
	☐ 重複・相互作用・併用薬剤	
	☐ その他（	）

※上記についての詳細または薬剤師からの提案事項

【処方】 1. クロピドグレル75mg 1T ビソプロロール0.625mg 1T ロスバスタチン5mg 1T ユリス0.5mg 1T エソメプラゾール10mg 1C ベオーパ50mg 1T （併用薬：泌尿器科） 一包化 分1 起床時 35日分 2. デエビゴ5mg 1T エスゾピクロン1mg 1T セチリジン10mg 1T 一包化 分1 就寝前 3. スピロペント10μg 1T （併用薬：泌尿器科） 一包化 分1 夕食後	以前より貴院処方と併用泌尿器科の薬を当薬局にて一包化調剤しております。 少し飲み忘れあるものの、日付印字管理により、概ね良好です。 以前から服用されておりますセチリジンの服薬理由を本人に確認したところ、本人は把握しておらず、鼻炎・かゆみ等の症状は現在無いそうです。本人から減らせる薬は減らしたいとの意向も確認できました。次回、中止のご検討お願いいたします。 但し、服用継続による状態維持が目的であったり、単なる鼻炎の症状の為だけとは限らないので先生より継続の指示出るかもしれない事はご本人に伝えてあります。
--	---

薬を減らしたいという患者の希望のみを伝えるのではなく、減薬の根拠を薬剤師の視点から示してある点が良いです。

この記載例のように必要な情報を要点をまとめて記載してください。

※ 返信欄（病院記載）

- ☐ 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございます。
- ☐ 現状のまま継続し、経過観察します。

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

医療機関名：	保険薬局名	
担当医： 科 先生	所在地	
患者氏名：	TEL	
(患者ID：)	FAX	
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	薬剤師氏名	
[処方箋交付日：令和 年 月 日]		[調剤年月日：令和 年 月 日]

平素より大変お世話になっております。

以下の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報 報 分 類	☐ ポリファーマシー	☒ 副作用の疑い
	☐ 服薬状況（アドヒアランス、残薬報告）	☐ 服薬フォローアップ
	☐ 重複・相互作用・併用薬剤	
	☐ その他 ()	

※上記についての詳細または薬剤師からの提案事項

6/13 ベネット錠75mg 初処方

6/26 18：00娘さん来客され体調変化について下記相談あり

6/18頃から「首が左右上下に動かない」「背中の痛み」を訴え始める。

痛みは少しずつ改善傾向にあるとのこと。痛みのせいか食欲減退もあるとのこと。

娘さんには現段階では薬のせいなのか、痛みがたまたま出現したのかははっきりと判断できないこと、食欲減退についても副作用の可能性が否定できない旨を説明しました。

いずれの症状は良くなってきているようですので、症状悪化するようなら受診するようお伝えしました。リセドロン錠の副作用に筋・骨格系の副作用1～5%、胃不快感の副作用1～5%など報告がありますので、副作用の疑いも考慮し連絡しました。

副作用と判断した根拠を記載してある点が素晴らしいです。
対応を急ぐ場合はトレーシングレポートではなく、電話等で病院に連絡してください。

※ 返信欄（病院記載）

- | | |
|---|---|
| ☐ 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。 | ☐ 変更を検討します。 |
| ☐ 現状のまま継続し、経過観察します。 | ☐ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。 |

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。緊急性のある場合は適切な対応をお願いします。

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

医療機関名：		保険薬局名		
担当医： 科 先生		所在地		
患者氏名：		TEL		
(患者ID：)		FAX		
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		薬剤師氏名		
[処方箋交付日：令和 年 月 日]		[調剤年月日：令和 年 月 日]		

平素より大変お世話になっております。

以下の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報 報 分 類	☐ ポリファーマシー	☒ 副作用の疑い
	☐ 服薬状況（アドヒアランス、残薬報告）	☐ 服薬フォローアップ
	☐ 重複・相互作用・併用薬剤	
	☐ その他 ()	

※上記についての詳細または薬剤師からの提案事項

○/○朝食後にテルミサルタン錠20mgを服用してから吐き気がひどく、食事が摂れない位の症状がでているそうです。

添付文書上では、テルミサルタンの副作用として0.5%未満の吐気、腹痛、下痢が報告されています。テルミサルタンの副作用の可能性がありますので報告します。

緊急を要する事例です。
このようなケースではトレーシング
レポートではなく、電話等で病院に
連絡してください。

※ 返信欄（病院記載）

- | | |
|---|---|
| ☐ 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。 | ☐ 変更を検討します。 |
| ☐ 現状のまま継続し、経過観察します。 | ☐ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。 |

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。緊急性のある場合は適切な対応をお願いします。

トレーニングレポート（服薬情報提供書）

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

医療機関名：	保険薬局名	
担当医： 科 先生	所在地	
患者氏名：	TEL	
(患者ID：)	FAX	
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	薬剤師氏名	
[処方箋交付日：令和 年 月 日]		[調剤年月日：令和 年 月 日]

平素より大変お世話になっております。

以下の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報 報 分 類	☐ ポリファーマシー	☐ 副作用の疑い
	☒ 服薬状況（アドヒアランス、残薬報告）	☐ 服薬フォローアップ
	☐ 重複・相互作用・併用薬剤	
	☐ その他 ()	

※上記についての詳細または薬剤師からの提案事項

【処方薬】

アムロジピン錠 5 m g 1 T/朝食後

リピトール錠 1 0 m g 1 T/夕食後

服薬状況を確認したところ夕食後のリピトールを忘れることがあり、○錠残っているとのこと。朝食後のアムロジピンは忘れずに飲んでいるとのことであり、リピトールの用法も朝食後のほうが飲み忘れ改善につながると思います。

用法変更のご検討をお願いいたします。

なぜ飲み忘れているのか、どの程度服用しているのかについて記載があるとGood！
確認した残薬の対応も忘れずに！

※ 返信欄（病院記載）

- | | |
|---|---|
| ☐ 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。 | ☐ 変更を検討します。 |
| ☐ 現状のまま継続し、経過観察します。 | ☐ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。 |

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。緊急性のある場合は適切な対応をお願いします。

トレーニングレポート（服薬情報提供書）

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

医療機関名：	保険薬局名	
担当医： 科 先生	所在地	
患者氏名：	TEL	
(患者ID：)	FAX	
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	薬剤師氏名	
[処方箋交付日：令和 年 月 日]		[調剤年月日：令和 年 月 日]

平素より大変お世話になっております。
以下の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

項目チェックは
複数でも可

情報 分 類	☐ ポリファーマシー	☒ 副作用の疑い
	☐ 服薬状況（アドヒアランス、残薬報告）	☒ 服薬フォローアップ
	☐ 重複・相互作用・併用薬剤	
	☐ その他 ()	

※上記についての詳細または薬剤師からの提案事項

スーテントカプセル12.5m g 服用継続中の患者様に○/○フォローアップ実施しました。
ヒルドイドソフト軟膏を使用していますが、皮膚症状があります。
次回ステロイド外用薬追加をご検討お願いいたします。

【訴え】時々手足が赤くなり、ピリピリする。水膨れまでいかない。消化器症状なし。
皮膚症状はまだひどくはないようですが、このまま放置してひどくなると、
スーテントを継続できなくなる場合もあるため、セルフケアが必要と考え、
出来るだけ皮膚を刺激しないよう靴や中履きは柔らかいものを使用して靴下も
締め付けないようなものを使用する、長時間の立ちっぱなしや歩行は体重が
かかってしまう為避ける、重い物を持つ等手に負荷をかけにこと、熱いお風呂や
シャワーを避け入浴後はヒルドイドをしっかり塗布するよう指導しました。

文章が長くなる場合の記載ポイント！
この記載例のように、提案を上部に記載した方が読みやすいです。
状況報告だけに留まらず、確認した状況に対する指導内容や薬剤師としての
見解、提案があるのがGood！
内服抗がん剤の服薬フォローアップで“は“通常版” “がん化学療法版”の
どちらの書式を使用しても構いません。

※ 返信欄（病院記載）

- | | |
|---|---|
| ☐ 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。 | ☐ 変更を検討します。 |
| ☐ 現状のまま継続し、経過観察します。 | ☐ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。 |

トレーニングレポート（服薬情報提供書）

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

医療機関名：		保険薬局名		
担当医： 科 先生		所在地		
患者氏名：		TEL		
(患者ID：)		FAX		
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		薬剤師氏名		
[処方箋交付日：令和 年 月 日]		[調剤年月日：令和 年 月 日]		

平素より大変お世話になっております。

以下の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報 報 分 類	☐ ポリファーマシー	☐ 副作用の疑い
	☐ 服薬状況（アドヒアランス、残薬報告）	☐ 服薬フォローアップ
	☒ 重複・相互作用・併用薬剤	
	☐ その他 ()	

※上記についての詳細または薬剤師からの提案事項

○/○に泌尿器科よりエブランチルカプセル15mg の処方があり、服用開始されました。
貴院処方のアムロジピン錠5mg とビソプロロール錠 2.5mg を服用していますので、
これらの併用により降圧作用の増強が考えられるため、情報共有させていただきます。

併用してどうなったのか、フォローアップ後に
報告した方が良い例です。
次回受診時に医師に何をしてもらいたいのかに
ついて記載があるとGood！

※ 返信欄（病院記載）

- | | |
|---|---|
| ☐ 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。 | ☐ 変更を検討します。 |
| ☐ 現状のまま継続し、経過観察します。 | ☐ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。 |

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。緊急性のある場合は適切な対応をお願いします。

トレーニングレポート（服薬情報提供書）

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

医療機関名：		保険薬局名	
担当医：	科	先生	所在地
患者氏名：		TEL	
(患者ID：		FAX	
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		薬剤師氏名	
[処方箋交付日：令和 年 月 日]		[調剤年月日：令和 年 月 日]	



平素より大変お世話になっております。

以下の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報 報 分 類	☐ ポリファーマシー	☐ 副作用の疑い
	☐ 服薬状況（アドヒアランス、残薬報告）	☐ 服薬フォローアップ
	☒ 重複・相互作用・併用薬剤	
	☐ その他 ()	

※上記についての詳細または薬剤師からの提案事項

【貴院処方】

1. ترامセツト配合錠 2 T
分2 朝夕食後
2. ナウゼリン錠10mg 2 T
分2 朝夕食前

【〇〇消化器処方】

1. パリエット錠10mg 1 T
分1 朝食後
2. ムコスタ錠100mg 3 T
分3 毎食後
3. ガナトン錠50mg 3 T
分3 毎食前

〇/〇に消化器を受診され、左記の処方がありました。

ナウゼリンとガナトンが同効薬であるため1日3回のガナトンを服用し、ナウゼリンは服用しないよう指導しました。

胃の痛みはあるものの悪心は無いご様子です。次回受診時にナウゼリン処方中止をご検討ください。

消化器の処方箋応需時に疑義照会すべきです。 ترامセツトによる副作用も考えられるので状況によっては整形外科と消化器に照会が必要です。

※ 返信欄（病院記載）

- | | |
|---|---|
| ☐ 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。 | ☐ 変更を検討します。 |
| ☐ 現状のまま継続し、経過観察します。 | ☐ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。 |

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。緊急性のある場合は適切な対応をお願いします。

トレーシングレポート（服薬情報提供書）がん化学療法関連 専用書式

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。発熱等、緊急性のある場合は適切な対応をお願いします。

報告日：令和 7 年 1 月 23 日 情報確認日：令和 7 年 1 月 23 日

医療機関名：	保険薬局名：
担当医：	科：
患者氏名：	〒
(患者ID：	〒
生年月日：大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
薬剤師氏名	

[処方箋交付日： 令和 7 年 1 月 10 日] [調剤年月日： 令和 7 年 1 月 10 日]

レジメン	Nivo + SOX		day	14
服薬アドヒアランス	☒ 良好 ・ ☐ 不良 ・ ☐ 不明 詳細：			
(詳細)	副作用発現の有無 および CTCAE v5.0 による重篤度評価			
項目	無	Grade 1	Grade 2	Grade 3
悪心	☐	☐ 摂食習慣に影響のない食欲低下	☒ 顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少	☐ カロリーや水分の経口摂取が不十分；経管栄養/TPN/入院を要する
食欲不振	☐	詳細・対応・提案等 1日3回食事あり。吐き気はないが、食欲低下で間食も難しい様子。 この1か月で体重4kg減（55→51kg）。		
便秘	☒	☐ 不定期または間欠的な症状；便軟化薬/緩下薬/食事の工夫/浣腸を不定期に使用	☐ 緩下薬または浣腸の定期的使用を要する持続的状況；身の回りの日常生活動作の制限	☐ 排便を要する頑固な便秘；身の回りの日常生活動作*の制限
下痢	☐	☒ ベースラインと比べて<4回/日の排便回数増加；ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量が軽度増加	☐ ベースラインと比べて4-6回/日の排便回数増加；ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の中重度増加；身の回りの日常生活動作の制限	☐ ベースラインと比べて7回以上/日の排便回数増加；入院を要する；ベースラインと比べて人工肛門からの排泄量の高度増加；身の回りの日常生活動作*の制限
	詳細・対応・提案等 数日下痢が続いているものの、水分補給はこまめに出来ている様子。 水分摂取を継続すること、症状が持続・悪化するようであれば病院へ連絡するよう指導。			
口腔粘膜炎	☒	☐ 症状がない、または軽度の症状；治療を要さない	☐ 経口摂取に支障がない中等度の疼痛または潰瘍；食事の変更を要する	☐ 高度の疼痛；経口摂取に支障がある
	詳細（対応等）： 歯磨き4回/日実施中。粘膜を傷つけないよう優しくブラッシングを行うよう指導。			
味覚異常	☐	☒ 食生活の変化を伴わない味覚変化	☐ 食生活の変化を伴う味覚変化（例：経口サプリメント）；不快な味；味の消失	☐ -
	詳細・対応・提案等 味が変わった感じがして、おいしく感じられない様子。			
手足症候群 (手掌・足底発赤知覚不全症候群)	☒	☐ 疼痛を伴わない軽微な皮膚の変化または皮膚炎（例：紅斑、浮腫、角質増殖症）	☐ 疼痛を伴う皮膚の変化（例：角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症）；身の回りの日常生活動作の制限	☐ 疼痛を伴う高度の皮膚の変化（例：角層剥離、水疱、出血、亀裂、浮腫、角質増殖症）；身の回りの日常生活動作*の制限
	詳細・対応・提案等 保湿剤で予防するよう指導。			
末梢神経障害	☐	☒ 症状がない；臨床所見または検査所見のみ	☐ 中等度の症状；身の回りの日常生活動作の制限	☐ 高度の症状；身の回りの日常生活動作*の制限
	詳細・対応・提案等 day7頃まで冷感刺激による手の痺れ感があったが、フォローアップ時は無し。			
倦怠感	☐	☒ だるさがある、または元気がない	☐ 身の回りの日常生活動作を制限するだるさがある、または元気がない状態	☐ 身の回りの日常生活動作*を制限するだるさがある、または元気がない状態
	詳細・対応・提案等 倦怠感はあるが、日常生活に支障はない。			
皮膚障害	☐	☒ 情報提供欄 参照	☐	

* 身の回りの日常生活動作：入浴、食事、服薬、トイレの使用、薬の内服が可能で、寝たきりではない状態をさす。

血圧（一週間程度） mmHg / 拡張期： mmHg

※ その他情報提供（詳細な経過観察等）

2～3日前より皮疹(頭部、側腹部、陰部周辺にあり):NivoによるGrade2の皮膚障害を疑います。夜間かゆみで起きることあり。市販のキンカンを使用中。
次回、ステロイド含有の外用剤や経口抗ヒスタミン薬等の処方検討をお願いします。
消化器症状に関しては、近日中の受診を勧めましたが、エスワン休薬期間になることもあり患者様から予約日のO/Oに受診が良いと申し出がありました。

この記載例のように、可能な限り副作用の発現時期・期間、発現タイミング、症状の持続期間を聴取し、簡潔に記載してください。

※ 返信欄（病院記載）

- ☐ 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。
 ☐ 変更を検討します。
 ☐ 現状のまま継続し、経過観察します。
 ☐ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。

【注意事項】

重篤な副作用を認めた場合や、症状への対応に悩むような場合はトレーシングレポート提出と併せて病院へ直接電話連絡してください。