



トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医： _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名： ID：	保険薬局 名称・住所
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL： _____ FAX： _____ 担当薬剤師： _____ 印

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 服薬状況に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 副作用(疑い)に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい可能性のある薬剤についての情報提供 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
----	--

【情報提供】

【薬剤師としての所見・提案事項】

【病院薬剤師記入欄】

保険薬局への連絡： _____ 月 _____ 日
対応薬剤師： _____

<注意> このFAX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、通常どおり電話にてお願いします。