



嬉野医療センター薬剤部 御中

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書 (トレーシングレポート) 【一般】

診療科:	保険薬局 名称・所在地:
主治医:	
患者ID:	電話番号:
患者氏名: (生年月日:西暦 / /)	FAX番号: 担当薬剤師:
この情報を伝えることに対して、同意を <input type="checkbox"/> 得た (患者本人・家族・その他) <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るが、治療上重要だと思われるため報告する	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記のとおり、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

報告内容

【対象薬剤・サプリメント】
【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ※「良好」以外の場合は情報提供・提案内容欄に詳細を記載してください
【保険薬局薬剤師からの情報提供・提案内容等】 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 副作用 (疑いも含む) <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 (上記の減薬以外) <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> その他 ※詳細に記載してください (複数回答可)
【添付書類】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 処方箋 <input type="checkbox"/> その他)

【注意】 FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

-----返信欄-----

<input type="checkbox"/> 内容確認しました。	
<input type="checkbox"/> 医師等に報告・情報共有しました。	
<input type="checkbox"/> 医師へ直接疑義照会をお願いいたします。	
<input type="checkbox"/> その他:	返信記載日 年 月 日
	担当薬剤師

情報提供ありがとうございました。