

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医 先生 御机下	保険薬局 名称(住所・電話番号・FAX番号)
患者番号: 患者氏名: 様	担当薬剤師名:
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われるので報告いたします。	

処方せんに基づき、薬剤を交付いたしました。
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。

情報提供内容 (処方せんなど別紙添付可) <input type="checkbox"/> 残薬を含む処方薬剤の服薬状況(必ず下欄に記入) <input type="checkbox"/> 併用薬剤等(一般用医薬品、健康食品を含む)の情報 <input type="checkbox"/> 患者、家族または介護者からの情報(副作用のおそれがある症状および薬剤服用に関わる意向等) その他()	
残薬が生じた理由(複数回答可) <input type="checkbox"/> 使用忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 処方数が日使用数より多かった <input type="checkbox"/> 別医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 使用量や回数が間違っていた <input type="checkbox"/> 自己判断による中断(理由:)	
薬剤師からの提案事項(指導内容含む)	

〈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、通常通り薬剤部にFAXにてお願いします。