

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

科

先生御机下

報告日： 年 月 日

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通り、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。

情報提供元保険薬局

名称		FAX 番号	
所在地		E-mail	
電話番号		担当薬剤師	

患者情報

フリガナ		性別	当院患者番号	
患者名			生年月日	(歳)
情報提供に対する患者の同意	<input type="radio"/> 同意を得た <input type="radio"/> 同意は得られていませんが、治療上有用だと思われるので報告します			

情報分類

<input type="checkbox"/> 処方内容	<input type="checkbox"/> 服薬指導内容	<input type="checkbox"/> 外来化学療法経過フォロー
<input type="checkbox"/> 調剤上の留意点	<input type="checkbox"/> 有害事象または副作用	<input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス
<input type="checkbox"/> その他 _____		

所見

--

薬剤師としての提案事項

--

<注意>本情報提供は疑義照会ではありません。疑義照会については、通常通り FAX 0749-22-6302 へお願いします。