**トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

担当医：　　　　科　　　　　　　先生　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

患者ID：

患者名：

(生年月日：　　　　　　　　　)

【患者もしくは代理人からの同意】

* 得た　□ 得ていない (代理人続柄:　　　 )
* 患者等の同意は得ておりませんが、臨床上

必要であると判断し、情報提供いたします。

保険薬局 名称・住所

TEL: FAX:

E-maiL：

担当薬剤師：　　　　　　　　　　　印

平素より大変お世話になっております。

処方せんに基づき調剤し、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、情報提供させていただきますので、ご高配を賜りますようお願い申しあげます。

【情報の分類】

□ 残薬および減薬の提案　　　　　□ 抗がん薬について　　　　　□ 副作用の疑い

□ 処方についての提案 　　　　 　□ 吸入薬について　　　　 　 □ その他( 　　　　　　 )

□ 服薬アドヒアランス　　　　　　□ 糖尿病治療薬について

① 情報の詳細

② 薬剤師の所見および提案事項