

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】 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない (代理人続柄: _____) <input type="checkbox"/> 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上げます。

【情報の分類】 <input type="checkbox"/> 残薬および減薬の提案 <input type="checkbox"/> 抗がん薬について <input type="checkbox"/> 副作用の疑い <input type="checkbox"/> 処方についての提案 <input type="checkbox"/> 吸入薬について <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 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