



服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

報告日: 年 月 日

<保険薬局の皆様へ>

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。

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名称:
患者 ID:	電話番号:
患者名:	FAX 番号:
処方箋発行日:	担当薬剤師名: 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <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ますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

 薬剤の使用状況、症状等 処方内容に関する提案事項 ポリファーマシーに関する提案事項 その他

につきご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【所見】
【薬剤師としての提案事項】

<主治医の先生へ>

内容を確認されましたら返信欄にご記入いただき、地域連携室へ戻してください。

【返信欄】
_____ 月 日 医師名 _____
<input type="checkbox"/> 次回から提案通りに処方内容を変更します。
<input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応致します。 (対応: _____)
<input type="checkbox"/> 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し経過観察致します。 (理由: _____)
<input type="checkbox"/> その他 (コメント, 指導依頼: _____)