

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID: 患者名:	TEL: FAX:
処方箋交付日: 年 月 日	担当薬剤師
<input type="checkbox"/> この報告に対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この報告に対して患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	

下記の内容についてご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

※至急

【報告内容】

<input type="checkbox"/> 有害事象または副作用	<input type="checkbox"/> 併用薬	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメント	服薬指導内容
<input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 検査値に基づく提案・報告	<input type="checkbox"/>	検査依頼
<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供(ポリファーマシー等)			
<input type="checkbox"/> その他()			

【詳細内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】

【病院側記入欄】 情報提供ありがとうございました。

報告内容を確認し、処方医へ報告しました。
 提案の意図を理解しました。内容を考慮して対応します。
 その他()

返信日: 年 月 日 記入者: