報告日　令和　　年　　月　　日

FAX送信先　　　　　FAX番号　　0561-52-7167（薬剤部直通）

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療科 | 科 | 薬局 |
| 処方医 | 　先生御侍史 | 住所 |  |
| 患者ID |  | 電話番号 |  |
| 患者名 |  | FAX番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 担当薬剤師 |  |

患者の同意はありませんが、治療上必要と思われますので報告します。

|  |
| --- |
| ☐　調剤方法に関する提案　　☐　処方内容に関する提案　　☐　服薬状況☐　有害事象・副作用　　☐　患者、家族、介助者からの訴え　　☐　その他 |
| 対象薬剤 |  |
| 問題点 |  |
| 提案内容 |  |
| 参考文献 |  |

|  |
| --- |
| 【医療機関返信】　　　　　☐　確認しました　　　担当者　 |
|  |

＊本提供書での情報伝達は疑義照会ではありません。