



FAX 0493-72-0936

小川赤十字病院 薬剤部

《注意》この情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通りお願い致します。

報告日 年 月 日

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：	電話番号： FAX番号： 担当薬剤師名： 印
この情報を伝えることに対して患者さんの同意を <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、治療上重要と思われるため報告します。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。下記の通りご報告いたします。

分類	<input type="checkbox"/> ハイリスク薬に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 臨床検査値に関する情報提供
	<input type="checkbox"/> 副作用に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 併用薬に関する情報提供
	<input type="checkbox"/> 処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）	<input type="checkbox"/> 生活環境
	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 在宅医療における服薬状況等
	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案	<input type="checkbox"/> その他（ ）
保険薬局 薬剤師からの所見・提案事項		

なお、お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきますと存じます。よろしければ、下記にご記入いただき返信いただければ幸いです。

返信欄

対応（医師記入欄）

- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

年 月 日

医師名 _____