



服薬情報提供書（トレーシングレポート）

処方医： _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID		保険薬局名	
患者名		担当薬剤師	印
生年月日	年 月 日	TEL：	FAX：
患者または 代諾者からの 同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 処方医への報告を拒否しているが治療上必要と考えられるため報告 代諾者続柄：		
聞き取り日	年 月 日		
聞き取り方法	<input type="checkbox"/> 来院時 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良（ _____ ）		
分類	<input type="checkbox"/> 副作用の報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況処方内容に関する提案事項 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

処方薬及び併用薬等の情報

薬剤師からの情報提供、次回外来時に処方提案したい内容、具体的な有害事象内容や指示した対処法
上記の通り、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。

<注意> このFAXによる伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせ、疑義照会は通常通り電話にてお願いします。