

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

ふりがな				薬局名	
患者氏名				薬剤師名	
性別	男性・女性	年齢	歳	薬局住所	
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	電話
患者ID				FAX	
処方箋発行日	令和	年	月	日	調剤年月日
					令和
					年
					月
					日
<input type="checkbox"/> 下記の報告に際し、患者からの同意を得ています。 <input type="checkbox"/> 下記の報告に対し、患者から同意を得ていないが、治療上重要と考えら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ので、何卒、ご高配賜りますようお願い申し上げます

情報 分類	<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 用法・用量	<input type="checkbox"/> 副作用疑い	<input type="checkbox"/> 重複・相互作用疑い	<input type="checkbox"/> 残薬
	<input type="checkbox"/> 併用薬	<input type="checkbox"/> ポリファーマシー	<input type="checkbox"/> フォローアップ	<input type="checkbox"/> 自己注射・吸入薬の手技	
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				

薬局薬剤師からの報告内容（提案事項など）必要に応じて処方箋の写しなどを添付

備考欄（医療機関からの回答など）

<注意>本様式による情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は、通常通り電話等で行うこと。