

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： 住所：
患者 ID： 患者名：	電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師名：
下記情報を伝えることに対する患者の同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが治療上重要と思われるため報告した	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

- 薬剤の使用状況、症状等  
 処方内容に関する提案事項

につきご報告いたしますのでご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見	添付資料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
薬剤師の提案事項	

必要に応じて下欄にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

<b>返信欄</b>		主治医 → 薬剤部 → 保険薬局
対応（医師記入欄）		
<input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。		
<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>		
年 月 日	医師名 _____	

## 【保険薬局の方へ】

FAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。

緊急を要する事項は処方医へ直接お問い合わせいただきますようお願いいたします。